

ÉTUDE

SUR LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juin 1893

Par NICOLAS-B. BÉLISAIRE

Né à Varna (Bulgarie) le 23 Août 1870.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

ÉDITEUR DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

—
1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSÉSSEUR

PROFESSEURS :

Médecine légale et Toxicologie.....	MM. JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (✱).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et Histologie.....	KIENER (✱).
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Anatomie.....	PAULET (O. ✱ ✚).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et Appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
id. HÉDON (Chargé du Cours).	
Pathologie interne.....	N....
id. RAUZIER (Chargé du Cours).	

Doyen honoraire : M. J. BENOIT (O. ✱ ✚)
Professeur honoraire : M. DUPRE (O. ✱ C ✚).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.....	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE.	MM. SARDA.	MM. RAUZIER.
BAUMEL.	ESTOR.	LAPEYRE.
GERBAUD.	HEDON.	MOITESSIER.
GILIS.	LECERCLE.	
BROUSSE.	DUCAMP.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÉDENAT, *président.*
KIENER, *professeur.*
GERBAUD, *agrégé.*
ESTOR, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Εὐγνωμοσύνης καὶ ἀγάπης τόδε τεκμήριον

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

Τεκμήριον ἀδελφικῆς ἀγάπης

N.-B. BÉLISAIRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR

V. PAPADOPOULO (De Varna).

A MES AMIS LES DOCTEURS

P. BOTHÉZAT et D. ROCAS

N.-B. BÉLISAIRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur TÉDENAT

Professeur de Clinique Chirurgicale

N.-B. BÉLISAIRE.

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

N.-B. BÉLISAIRE.

INTRODUCTION

Un cas de grossesse extra-utérine, que nous avons eu l'occasion de suivre et d'étudier pendant notre stage dans le service de M. le professeur Tédénat, nous a suggéré l'idée de consacrer notre Thèse inaugurale à cette étude.

La grossesse extra-utérine a été étudiée et bien étudiée par de nombreux auteurs dans ces dernières années ; néanmoins l'observation attentive et l'interprétation plus juste de faits nouveaux, les progrès récents de la chirurgie générale et de la chirurgie abdominale surtout ont apporté des notions plus précises qui, d'une part, ont facilité un diagnostic plus précoce et plus sûr et, d'autre part, ont servi à défendre et à généraliser une thérapeutique rationnelle qui paraissait hardie et irraisonnée, il y a quelques années seulement.

Nous ne sommes plus au temps où le diagnostic de la grossesse extra-utérine était considéré comme un événement médical, et l'ouverture du ventre comme une témérité chirurgicale que les grands opérateurs seuls osaient entreprendre.

En traitant ce sujet, nous n'avons pas la prétention de faire œuvre nouvelle ; nous avons tâché d'exposer l'état actuel de la science sur cette question, à la lumière des faits nouveaux que nous avons pu colliger, et nous nous sommes efforcé de faire ressortir les points qui ont subi des modifications pendant ces dernières années, principalement en ce qui a trait au diagnostic, au pronostic, au traitement.

Notre premier chapitre est consacré à l'histoire ; cette partie a été complètement négligée par tous les auteurs qui se sont occupés avant nous de la question. Nous l'avons reconstituée dans l'ensemble avec les documents d'un grand nombre d'auteurs du commencement de ce siècle et du siècle dernier.

Dans les chapitres suivants, nous nous occupons de l'étiologie, de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Nous donnons ensuite six observations inédites, dues, trois à l'obligeance de M. Tédénat, une à la bienveillance de M. Kiener, une autre que M. Grynfeldt a bien voulu nous permettre de publier et celle que nous avons eu l'occasion de suivre nous-même dans le service de M. le professeur Tédénat ; enfin un certain nombre d'autres, empruntées aux journaux français, ou prises dans les journaux étrangers et que nous avons été obligé de traduire.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier notre excellent Maître, M. le professeur Tédénat, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner, et pour ses précieux conseils, qui nous ont permis de mener à bonne fin ce travail.

Que M. le professeur Kiener, qui nous a donné la description anatomique des pièces de grossesse extra-utérine se trouvant dans ses collections, et qui a toujours été pour nous un Maître bienveillant, reçoive l'assurance de notre reconnaissance.

Au moment de quitter les bancs de cette Faculté où nous avons reçu toute notre instruction médicale, nous adressons nos sincères remerciements à tous nos Maîtres.

ÉTUDE SUR LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'histoire de la grossesse extra-utérine ne remonte pas à une époque bien reculée. Les anciens médecins, et même ceux du moyen âge, n'avaient aucune connaissance de ce genre de grossesse. La première observation de grossesse extra-utérine qu'on connaisse, remonte au XI^e siècle. Elle est due à Albucasis¹, médecin arabe, « fameux écrivain en chirurgie », qui raconte son cas avec une exactitude surprenante. Le kyste fœtal de sa malade suppura, s'ouvrit à la paroi abdominale, et il en sortit par parcelles un squelette de fœtus. La malade vécut, conservant une fistule. Albucasis dit qu'il finit par découvrir que les os expulsés provenaient d'un fœtus, mais il n'essaya pas d'interpréter son cas, ayant des connaissances très imparfaites sur la gestation.

Le premier auteur qui admet la formation d'un fœtus hors de la matrice est Riolan²; il écrit en 1649 : *in qua (tuba uteri), quod est mirabile, fœtus humanum concipi fuit observatum*. Il s'appuie, pour démontrer ce qu'il avance, sur trois observations,

¹ Albucasis ; Dans méth. méd. de Hieronymus Germusaeus, 1541.

² Opera Anatomica. Lib. II, pag. 180, 1649.

qu'il rapporte avec autopsie et dans lesquelles les fœtus furent trouvés à l'intérieur des trompes. Il cite en outre deux faits semblables empruntés à Marquardus et à Avaricus.

En 1675, Mauriceau ¹ parle d'une femme, dans le ventre de laquelle fut trouvé un fœtus avec une grande quantité de sang, fait observé en 1669 par un chirurgien de Paris, nommé Vassal, « qui voyait », dit Mauriceau, « que la génération de l'enfant s'était faite dans le vaisseau éjaculateur ». Mauriceau lui-même ne croit pas à la possibilité de la conception dans la trompe, et pense qu'il s'agit d'une grossesse développée dans une hernie de l'utérus. Cependant on trouve dans son livre une planche, qu'il dit avoir dessinée de sa propre main, représentant l'utérus et les trompes, dans laquelle l'extrémité utérine de la trompe droite est très dilatée et déchirée à sa partie supérieure. C'est, en somme, le dessin d'un kyste fœtal, formé par la trompe et déchiré à sa partie supérieure vers le deuxième ou troisième mois.

En 1672, Régnier de Graaf, par la découverte de l'ovule sur l'ovaire, rend compréhensible la formation du fœtus hors de l'utérus.

Cependant Diemerbrook ², anatomiste, décrivant les trompes en 1679, suppose que la conception dans ces conduits est impossible. Il argumente les observations de Riolan, rejette l'opinion de Deufingius et de Jouan Horne, et conclut à l'impossibilité de la conception hors de l'utérus, à qui *summus conditor soli utero concipiendi officium imposuit, in eoque solo fœtus conceptionem et formationem fieri voluit*, etc.

En 1721, Dionis ³, dans son *Traité d'accouchement*, consacre un chapitre aux « enfants formés hors de la matrice », dans lequel il discute et il admet la conception dans les trompes par arrêt de

¹ Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, tom. I, pag. 86, 7^e édition.

² Anatome corporis hominis, pag. 141.

³ Dionis, Traité général d'accouchement. Livre I, pag. 91.

l'ovule à ce niveau. Il se rattache d'ailleurs aux découvertes de de Graaf sur la fécondation, et rejette la théorie des deux semences, soutenue par Mauriceau.

En 1727, Du Bois soutient à la Faculté de Paris une thèse sans grande valeur intitulée : *An fœtus extra uterum genitus, salva matre, possit excludi* ? Discutant les faits un peu théoriquement et sans s'appuyer sur des observations, il résout la question par la conclusion suivante : *Ergo, fœtus extra uterum genitus, salva matre, potest excludi*.

Quelques années plus tard, en 1761, Duvernay¹ s'occupe des trois variétés de la grossesse ectopique, de la variété tubaire, de l'ovarique et de l'abdominale. Cette division de la grossesse extra-utérine en trois variétés, attribuée à Beaudelocque, n'en est pas moins due à Duvernay, qui publiait son ouvrage en 1761, tandis que Baudelocque ne reproduisit cette division qu'après Astruc et Levret. Il rapporte en outre plusieurs observations de grossesse ectopique, dont une personnelle qu'il rattache avec juste raison à la variété ovariique. Cette division, vieille déjà, est encore aujourd'hui la meilleure.

A peu près à la même époque, Astruc², professeur à Montpellier, puis à Paris, étudie la question sous le nom de « Fausses conceptions » avec une grande sagacité. Il admet aussi trois variétés et rapporte un très grand nombre d'observations à l'appui de chaque variété ; son ouvrage est bientôt suivi par celui de Levret³, dans lequel l'auteur consacre un chapitre à ces grossesses qu'il définit « mauvaises grossesses ».

Avec Baudelocque⁴, on commence à connaître l'évolution clinique de la maladie. Il en décrit les symptômes et en indique le traitement.

¹ Œuvres anatomiques, pag. 349, 1761.

² Traité des maladies des femmes, 1761-1765.

³ L'art des accouchements, 1766, pag. 45.

⁴ *Id.* pag. 514.

A partir de cette époque, on commence à publier des observations dans les journaux, et deux ou trois thèses sont soutenues à Paris et à Strasbourg sur ce genre de grossesse, mais sa pathogénie reste toujours obscure et impénétrable.

Les travaux de Corte, de Negrier et de Raciborsky sur la physiologie de l'ovulation, de la menstruation et de la fécondation, jettent la plus grande clarté sur la question et rendent compréhensible le processus embryologique de la grossesse extra-utérine.

En 1835, Velpeau ¹ porte le nombre des variétés de cette grossesse à cinq, et, deux années plus tard, Dezeimeris ² en reconnaît treize. A notre époque, les auteurs qui ont le plus contribué à la connaissance de la grossesse extra-utérine sont Nœgelé et Grenser, Cazeaux, Stoltz, Depaul, Tarnier, Pinard et un grand nombre d'autres dont l'énumération serait trop longue.

Parmi nos contemporains, deux grands laparotomistes, Lawson Tait et Pozzi, par leur hardiesse chirurgicale, grâce aux méthodes nouvelles d'antisepsie et d'asepsie, ont fait faire un tel progrès à la thérapeutique de cette maladie que leur nom restera dans l'histoire de la grossesse extra-utérine.

CHAPITRE II

Etiologie.

Les causes de la grossesse extra utérine, aujourd'hui admises, ne sont pas nombreuses. En premier lieu se placent les salpingites, les pelvi-péritonites et quelques autres affections génitales.

Les salpingites, rarement primitives, font le plus souvent

¹ Traité d'accouchement, 1835.

² Journal des connaissances méd. chirurg., 1837.

suite aux inflammations de l'utérus ou des organes voisins ; elles déterminent un boursoufflement de la muqueuse tubaire ; l'épithélium à cils vibratiles est remplacé par un épithélium plus ou moins plat , le canal de la trompe de Fallope devient flexueux et rétréci ; ses orifices se déforment, et les franges du pavillon épaissies adhèrent aux organes voisins. Si nous supposons maintenant que l'ovule arrive dans la trompe, recueilli par son pavillon, et que la fécondation s'y opère, il sera souvent forcé de s'arrêter dans ce canal ainsi transformé, empêché dans sa marche par les rétrécissements de la trompe et par l'absence de l'épithélium cilié, dont le principal rôle est de faciliter le cheminement de l'ovule.

Lawson Tait attribue un grand rôle étiologique aux inflammations de la trompe et surtout à la salpingite desquamative, mais il explique autrement le mécanisme de l'arrêt de l'ovule dans ce conduit. Pour lui, la fécondation se ferait à l'état normal dans l'utérus ; la salpingite favoriserait l'adhérence de l'ovule dans les parois de la trompe, et alors les spermatozoïdes, n'étant plus arrêtés par les cils vibratiles détruits, arriveraient dans la trompe et féconderaient l'ovule. Tait, croyant que la fécondation se fait dans l'utérus, contrairement à tous les embryologistes, explique le développement ectopique de l'œuf par une théorie ingénieuse, mais erronée. Il en découle néanmoins ce fait clinique important : que les salpingites sont une cause fréquente de grossesse extra-utérine.

On a voulu faire jouer un rôle aux mouvements spasmodiques et antipéristaltiques des trompes dans cette étiologie, comme aussi au développement exagéré de l'œuf, qui, à cause de son volume, ne pourrait pas passer à travers l'orifice utérin de la trompe. La démonstration de cette dernière cause n'étant pas possible, nous ne nous y arrêtons pas.

Les pelvi-péritonites favorisent aussi la production des grossesses extra-utérines ; ce fait a été signalé depuis longtemps

par Virchow ; il aurait trouvé presque toujours des pelvi-péritonites chez des femmes mortes de rupture de kystes fœtaux. La pelvi-péritonite détermine des adhérences qui fixent la trompe, son pavillon, l'ovaire et les différents organes du bassin dans des positions anormales, oblitèrent leur calibre et les rendent ainsi impropres à remplir leur rôle physiologique. Ainsi l'ovule reste adhérent à l'ovaire, il n'est pas recueilli par le pavillon et il ne peut pas parcourir toute la trompe, dont le calibre est déformé et rétréci par des brides péritonéales.

Les autres affections génitales, causes de la grossesse extra-utérine, sont les métrites et principalement celles qui surviennent après les accouchements ; les tumeurs qui agissent en comprimant ou oblitérant la lumière du canal que doit parcourir l'ovule et certaines malformations congénitales des organes reproducteurs.

On invoquait souvent autrefois les traumatismes, et Descargnes, dans sa thèse¹, y insiste beaucoup, en s'appuyant sur trois observations. Cette cause, délaissée aujourd'hui, pourrait cependant être vraie dans certains cas, en admettant une contraction antipéristaltique de la trompe, comme le fait s'observe pour les autres muscles lisses.

Quant aux causes morales, frayeur, émotions, surtout au moment du coït, chagrins, joies vives, etc., auxquelles les anciens auteurs attachaient une grande importance, nous n'y voyons que de simples coïncidences ; et, en effet, quelle est la femme qui n'est exposée souvent à une de ces influences morales pendant le cours de sa grossesse ? Nous ne mentionnons aussi que pour mémoire les causes invoquées par Bry², telles que l'alcoolisme, l'intoxication par les opiacés, les narcotiques en général, et les jouissances trop répétées.

¹ Paris, 1873.

² Thèse de Paris, 1808.

Lataste, de Santiago¹, essaye de démontrer expérimentalement une nouvelle théorie de la grossesse extra-utérine, dont nous parlerons en traitant l'anatomie pathologique, en faisant jouer le rôle principal dans cette étiologie au premier coït après la fécondation. L'explication qu'il en donne n'a pour elle que son originalité; l'ovule, fécondé dans l'utérus, serait entraîné dans la trompe par le sperme que le pénis pousse dans la cavité utérine, fonctionnant comme un piston.

Enfin plusieurs observateurs ont remarqué qu'ordinairement une longue période de stérilité précédait la grossesse extra-utérine (Parry, Aumond, Lawson Tait).

FRÉQUENCE. — Martin, de Berlin, dit que la grossesse tubaire est une des affections les plus fréquentes de la trompe.

Certaines races paraissent avoir une prédisposition particulière pour cette grossesse, et, de fait, elle est beaucoup plus fréquente chez les Allemandes, les Américaines que chez les Françaises et les Italiennes. C'est ce qui ressort au moins de 170 observations, recueillies par Audry, depuis 1886 jusqu'à 1890. Treize seulement étaient d'origine française. « Il y a là, dit-il, une question de race, et l'on est bien forcé d'admettre que les trompes utérines des femmes françaises sont moins capricieuses ou moins hospitalières que celles des Anglo-Saxonnes² ».

Astruc fait remarquer que cette grossesse est plus fréquente chez les femmes non mariées.

Quant aux différentes formes, c'est la grossesse tubaire qu'on rencontre le plus souvent, la grossesse ovarique étant la grande exception. Fenger³ signale l'augmentation de fréquence rapide des cas de grossesse extra-utérine. En effet, il ne trouve dans les publications américaines que 50 cas en 1887; 70 en 1888;

¹ Lataste; Comptes rendus de la Société de Biologie, 1889, q. s. 113-116, et 1890, q. s., pag. 85-91.

² Arch. de tocologie, 1890, pag. 543.

³ Amér. Journal of obst., 1891, janvier.

110 en 1889; il est évident que cette fréquence plus grande, notée par Fenger, est due aux connaissances plus exactes que nous avons sur la grossesse extra-utérine, et à la facilité du diagnostic, qui autrefois était souvent impossible.

CHAPITRE III

Anatomie et physiologie pathologiques.

DIVISION. — Avec un grand nombre d'auteurs, nous diviserons la grossesse extra-utérine en trois variétés : 1° la variété ovarique ou ovarienne ; 2° la tubaire, qui se subdivise en *a'* tubaire proprement dite, *b'* tubo-utérine ou interstitielle et *c'* tubo-abdominale, et 3° l'abdominale. Nous passerons sous silence les innombrables divisions de la grossesse extra-utérine, admises par différents auteurs. Entre les treize variétés de Dezeimeris et l'unique de Lawson Tait et de ses partisans, il y a tous les intermédiaires.

1° GROSSESSE OVARIQUE. — Cette variété, très longtemps discutée et niée, est aujourd'hui admise par la plupart des auteurs. Considérée autrefois comme fréquente, c'est à peine si aujourd'hui on en connaît quelques rares cas probants.

Le processus physiologique de cette grossesse est le suivant : les spermatozoïdes arrivent sur l'ovaire ; la fécondation se fait dans une vésicule de de Graaf rompue, la déchirure de la vésicule de de Graaf se referme et le fœtus se développe dans l'intérieur de l'ovaire, comme le fait un kyste de cet organe. Si la déchirure de la vésicule ne se répare pas, le fœtus, en se développant, s'échappe dans la cavité abdominale et s'y développe, mais son placenta reste adhérent à l'ovaire. Quand cette dernière circonstance survient, on dit qu'il y a une grossesse ovarique externe ; tandis qu'on appelle grossesse ovarique interne celle dans laquelle le fœtus se développe dans l'intérieur de l'ovaire.

Schröder n'admet d'autre grossesse ovarique que cette dernière variété, considérant la grossesse ovarique externe comme une grossesse abdominale.

La grossesse ovarique se reconnaît anatomiquement aux caractères suivants : on ne trouve pas l'ovaire avec sa forme normale ; le kyste foetal est rattaché à l'utérus par le ligament de l'ovaire ; sur la paroi du kyste on constate la présence du tissu ovarien étalé, et enfin on trouve la trompe du côté malade plus ou moins normale (Puech, Cohnstein).

Pour Verth, des divers critères servant à caractériser la grossesse ovarique il n'y en a qu'un seul de positif, mais sa valeur pour le diagnostic anatomique est de la plus grande importance ; c'est lorsque le sac foetal sort manifestement des annexes et que l'état de la trompe de Fallope exclut toute possibilité de sa participation à la formation du sac foetal. Le kyste de la grossesse ovarique se rompt le plus souvent dans les premiers mois de la gestation, mais il peut aussi atteindre le neuvième mois sans se déchirer. Cette rupture détermine très souvent la mort de la mère, mais elle peut survivre, et alors le fœtus continue à se développer dans la cavité péritonéale, constituant ainsi une grossesse abdominale secondaire. La transformation en lithopédium et la putréfaction du sac sont signalées par quelques auteurs comme terminaison possible de cette variété.

2° GROSSESSE TUBAIRE. — Nous avons vu qu'elle se subdivise en variété tubaire proprement dite, en variété tubo-utérine ou interstitielle, et en variété tubo-abdominale ; étudions successivement chacune de ces variétés.

a'. *Grossesse tubaire proprement dite.* — Dans cette variété, l'œuf se greffe à la partie moyenne de la trompe, dont les différentes couches subissent une série de transformations, bien étudiées dans ces dernières années par Sutton, Cornil, Pilliet et quelques autres anatomo-pathologistes.

La muqueuse tubaire, au niveau de l'implantation de l'œuf, présente des villosités, analogues à celles de l'utérus pendant la grossesse normale, qui se pénètrent avec celles du chorion de l'œuf et constituent ainsi la caduque sérotine, qui forme plus tard l'ectoplacenta. Dans le reste de son étendue, la muqueuse tubaire subit les mêmes modifications que la caduque directe de la grossesse normale, c'est-à-dire qu'elle présente une couche spongieuse à lacunes de plus en plus grandes. Wyder a trouvé dans plusieurs cas que la muqueuse tubaire conservait la structure normale sur tous les points de sa surface, sauf là où l'œuf s'était greffé. Au niveau de ce point, la paroi de la trompe est très mince ; cette minceur pourrait expliquer la rupture de la trompe à un moment donné et la production d'une grossesse abdominale secondaire ou d'une hématocele. Quant à la caduque réfléchie, on n'en a jamais trouvé de traces dans la grossesse ectopique.

La couche des muscles lisses, composée d'un plan externe à fibres longitudinales et d'un plan interne à fibres circulaires, subit aussi des modifications qui sont variables suivant les cas. Tantôt les fibres musculaires se dissocient et s'écartent à mesure que le kyste fœtal augmente de volume et on le voit alors faire hernie à travers les fibres ainsi écartées ; tantôt et le plus souvent les deux plans de tissu musculaire s'hypertrophient et se multiplient (Coyne, Pilliet, Ross, etc.) ; tantôt enfin, et Byron Robinson en rapporte un exemple, la couche des fibres longitudinales s'hypertrophie seule, participant ainsi à l'hypertrophie du muscle utérin dont elle est une émanation, tandis que la couche des fibres circulaires appartenant en propre à la trompe reste à peu près normale.

Quant à la couche péritonéale la plus externe, elle s'étale et permet ainsi le développement de la trompe.

Les modifications vasculaires ne sont pas moins intéressantes ; on trouve en général les vaisseaux de ces différentes parties très dilatés, présentant un grand nombre de ramifications et s'anastomosant entre eux. Leur paroi s'est très hypertrophiée. Souvent

du sang s'épanche dans la cavité tubaire pendant les trois premiers mois de la grossesse, constituant ainsi un hémato-salpinx. Si, dans ces conditions l'embryon se résorbe, on ne trouve plus dans la trompe qu'un caillot plus ou moins adhérent à sa paroi.

Villiet¹ prétend que les trois signes suivants suffisent pour affirmer qu'un tel hémato-salpinx est dû à une grossesse tubaire : 1° La dénudation d'une portion circonscrite de la muqueuse tubaire et la suppression de son épithélium et de ses villosités ; 2° La présence d'un grand nombre de cellules interstitielles chargées du pigment jaune hématique ; 3° La présence dans la paroi tubaire d'un lacis vasculaire composé de vaisseaux très dilatés et qui sont le siège, surtout les artères, de phénomènes d'oblitération. L'œuf lui-même présente sa structure ordinaire, les villosités de son chorion pénètrent dans celles de la muqueuse tubaire et arrivent ainsi jusqu'au voisinage de la couche musculaire. Quelquefois les villosités s'avancent entre les fibres de cette couche. Celles des villosités choriales qui ne prennent pas part à la formation du placenta s'atrophient.

La marche de la grossesse tubaire proprement dite est variable ; on peut observer : 1° la rupture de la trompe ; 2° l'avortement tubaire ; 3° la mort du fœtus et 4° son développement jusqu'à terme.

1° *Rupture de la trompe*. C'est la terminaison la plus fréquente de la grossesse tubaire. Elle survient le plus souvent pendant les trois premiers mois de la grossesse ; plus tard elle devient rare. Quand la rupture se fait du côté du péritoine, elle produit soit une hématoécèle foudroyante, mortelle, à cause de la grande vascularisation de la paroi tubaire qui se rompt, soit une hématoécèle enkystée, dans laquelle le fœtus succombe, tandis que la mère guérit. Lorsque le placenta reste adhérent à la trompe, l'embryon, tombé dans la cavité abdominale, peut con-

¹ Bull. de la Soc. Anat. mai 1891.

tinuer à vivre ; il y a alors grossesse abdominale secondaire.

Quand, au contraire, la rupture se fait du côté des ligaments larges, elle donne lieu à un hématocele extra-péritonéale, moins grave que la précédente, parce que, ordinairement, l'hémorragie s'arrête, étant limitée par les deux feuillets du ligament large.

Si l'embryon, après cette rupture extra-péritonéale de la trompe, ne meurt pas mais continue à se développer entre les deux feuillets du ligament large, on dit qu'il y a grossesse intra-ligamentaire.

2° *Avortement tubaire*. Dans la grossesse tubaire, l'orifice abdominal du salpinx se ferme peu à peu. L'occlusion est complète entre la cinquième et la huitième semaine suivant les cas. Tant que l'orifice n'est pas oblitéré, le produit de la conception peut être chassé dans la cavité péritonéale à travers cet orifice. C'est à ce phénomène que Keller a donné le nom d'avortement tubaire. Il ne peut se produire que dans les deux premiers mois, car après l'*ostium* est fermé. S'il se fait de bonne heure, l'œuf peut être méconnu au milieu des caillots sanguins : si la malade survit à l'hémorragie, elle peut succomber à l'infection secondaire ; si elle y échappe, le produit se résorbe ou s'enkyste. Au dire de Bland Sutton, l'avortement tubaire dans les quatre ou cinq premières semaines serait une cause fréquente d'hématocele intra-péritonéale. Nous rapportons trois observations qui nous ont été communiquées par M. Tédénat. Dans l'une d'elles, le placenta occupait la partie externe de la trompe et le fœtus, âgé de 4 mois, était inclus dans des fausses membranes peu épaisses. Au deuxième mois, avait eu lieu un faux travail et, comme la trompe ne présentait aucune solution de continuité, M. Tédénat conclut à une migration tubo-abdominale suivie d'une survie de deux mois environ.

3° *La mort du fœtus dans la trompe* est relativement rare ; elle est due soit à la nutrition imparfaite de l'œuf par ses villosités.

sités qui ne rencontrent pas des conditions favorables à leur développement, soit à de petites hémorragies tubo-placentaires qui décollent le placenta.

Lorsque l'embryon est petit, il se résorbe complètement, mais l'hémorragie qui a déterminé sa mort ou qui l'a accompagnée, transforme le sac en un hémato-salpinx. C'est dans ces hémato-salpinx qu'on trouve les lésions microscopiques décrites par Pilliet, que nous avons rapportées plus haut. Des hémorragies successives peuvent, pendant un certain temps après la mort de l'embryon, augmenter le volume de la tumeur. Si le fœtus succombe plus tard, des phénomènes d'enkystement se produisent; quelquefois même le fœtus peut se transformer en lithopédion.

4° *Le développement à terme* dans la trompe est très rare. Nié pendant longtemps, il n'est plus aujourd'hui discutable, parce qu'on a trouvé, dans toute l'étendue des kystes fœtaux à terme, les fibres musculaires lisses de la trompe. Déjà, en 1884, Veit en avait trouvé 11 cas authentiques. Dans ces cas, le kyste se développe surtout du côté des ligaments larges.

b'. *Grossesse tubo-utérine ou interstitielle*. — Cette grossesse est constituée quand l'ovule se fixe dans la partie interne de la trompe, celle qui chemine dans l'épaisseur de la paroi utérine; les différentes couches de la trompe subissent les mêmes modifications que dans la variété précédente. Ordinairement l'orifice interne de la trompe est fermé, mais il peut rester ouvert et alors l'œuf peut se développer en partie dans l'utérus (gr. utéro-interstitielle de Klebs).

La marche de cette variété n'est pas différente de celle de la grossesse tubaire proprement dite. La rupture a ordinairement lieu vers le troisième mois, mais cette grossesse peut arriver jusqu'à terme. Un fait particulier de cette grossesse, c'est qu'elle peut se terminer quelquefois par un avortement et exceptionnellement par un accouchement par les voies naturelles.

La grossesse interstitielle peut donner naissance à d'abondantes hémorrhagies utérines, lorsque l'orifice interne de la trompe n'est pas fermé, comme cela arrive quelquefois. La grossesse interstitielle est rare.

c'. *Grossesse tubo-abdominale.* — Ici l'œuf se fixe dans la partie externe de la trompe, près de son pavillon. En se développant, d'une part, il distend la paroi utérine, dans l'intérieur de laquelle se passent les mêmes phénomènes que dans la variété tubaire proprement dite ; d'autre part, il sort de la trompe par son orifice externe et se développe librement dans la cavité abdominale, en se recouvrant des fausses membranes qui proviennent des poussées de péritonite qu'il détermine. La trompe, en se dilatant, se déchire en certains points et il s'y forme de nouvelles fausses membranes.

Lorsque le kyste prend un développement considérable, il remonte assez haut dans la cavité abdominale et se trouve ainsi en rapport avec le foie, la rate, les reins, etc.

L'ovaire peut quelquefois s'aplatir et se confondre avec les parois du kyste ; on dit alors qu'il y a grossesse tubo-ovarique.

Enfin, Vulliet (*Arch. f. Gyn.*, 1883, XII, in Pozzi) rapporte quelques cas où le fœtus s'était développé dans un kyste tubo-ovarique.

3° GROSSESSE ABDOMINALE. — On appelle grossesse abdominale celle dans laquelle le fœtus se développe dans la cavité abdominale. On en distingue deux variétés : a', la grossesse abdominale primitive et b' la grossesse abdominale secondaire.

a'. *Grossesse abdominale primitive.* — Dans cette variété, l'ovule fécondé tombe dans la cavité péritonéale et y parcourt toutes les phases de son développement. Des pseudo-membranes enveloppent le sac fœtal de toute part et le font adhérer aux organes voisins. Quelquefois l'œuf n'a comme enveloppe qu'une simple membrane amniotique. Dans la constitution du kyste, il

n'y a rien qui rappelle la présence d'une caduque. Le point d'implantation de l'œuf dans la cavité abdominale est très variable ; tantôt c'est sur un organe recouvert par le péritoine viscéral qu'il prend son insertion, et tantôt sur une partie quelconque du péritoine pariétal. Le point du péritoine sur lequel se fait cette insertion présente une vascularisation considérable ; les villosités choriales de l'œuf, en s'anastomosant avec ces bourgeons vasculaires, donnent naissance à des lacs sanguins, qui constituent le placenta, ordinairement irrégulier et atteignant parfois des proportions très grandes.

La rupture du kyste dans cette grossesse est rare ; ordinairement le fœtus arrive à terme, et alors, si on n'intervient pas, la mère est exposée aux dangers de la période de rétention que nous étudierons plus loin.

b'. *Grossesse abdominale secondaire*. — Dans cette variété, le fœtus n'arrive dans la cavité abdominale qu'après la rupture d'une grossesse tubaire ou ovarique. Si, au moment de la rupture, la femme ne succombe pas et si le placenta reste adhérent à son point d'implantation primitif, le fœtus peut continuer à vivre et arriver à terme ; il meurt, au contraire, si son placenta se détache, parce que son kyste ne peut plus se transplanter sur le péritoine.

Pour quelques auteurs et particulièrement pour Lawson Tait, la grossesse abdominale serait toujours secondaire ; mais il est admis aujourd'hui que les propriétés physiologiques du péritoine sont parfaitement de nature à rendre possible la greffe d'un ovule fécondé, tombé dans cette séreuse ; il y a d'ailleurs plusieurs observateurs qui établissent l'existence réelle de la grossesse abdominale (Zmigdorzki, Rein⁴).

On a prétendu, dans ces dernières années, que le placenta de la grossesse ectopique continuait à s'accroître après la mort du fœtus. Ce fait, soutenu par Lawson Tait et Alban Doran, n'est pas admis par tous les auteurs. Dans une discussion qui a eu

⁴ Congrès de Bruxelles, 1892.

lieu à la Société d'Obstétrique de Londres, Torthon, Barbour, Bland Sutton, admettent la possibilité de cet accroissement, tandis que Berry Hart (d'Édimbourg) n'accepte pas cette opinion. Ordinairement deux mois après la mort du fœtus, le placenta est atrophié et sclérosé.

Pour Lalaste¹, il n'y a pas de grossesses extra-utérines primitives ; dans toutes ces grossesses, l'ovule fécondé doit arriver dans l'intérieur de l'utérus ; si alors une grossesse ectopique doit se constituer, il rétrograde vers la cavité péritonéale, chassé par le sperme. Il s'appuie, pour démontrer sa théorie, sur des expériences faites sur la souris. Dans une première série d'expériences, il prend des ovules fécondés dans l'intérieur de l'utérus et les transporte dans la cavité abdominale des souris mâles ; aucun fœtus ne s'y est développé.

Dans une seconde série, il coupe les trompes à leur extrémité utérine, onze, quatorze et seize jours après le coït, et comme il n'obtient chez ces animaux aucun cas de grossesse extra-utérine, il conclut que l'ovule doit arriver dans l'intérieur de l'utérus, avant de pouvoir se fixer sur une partie quelconque de son trajet. Ces expériences prouvent seulement que la souris est réfractaire à la grossesse extra-utérine ; mais elles ne démontrent rien qui puisse s'appliquer à l'espèce humaine.

Modification de l'utérus dans la grossesse ectopique. — Ordinairement l'utérus ne reste pas normal, pendant que l'œuf se développe hors de sa cavité. D'abord sa situation change et il se place soit latéralement quand le fœtus se développe sur les parties latérales de l'utérus, soit en antéflexion quand le kyste occupe le cul-de-sac recto-vaginal. Il augmente de volume et de capacité, mais jamais cette augmentation n'est en rapport avec l'époque de la grossesse. Au microscope, on trouve une hypertrophie et une multiplication de ses éléments musculaires.

La muqueuse utérine se transforme en caduque, comme pen-

¹ *Loc. cit.*

dant la grossesse normale ; elle se détache par lambeaux ou en masse pendant la gestation, à une époque qui n'est pas toujours la même.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Les symptômes du début de la grossesse extra-utérine sont très variables ; tantôt elle débute comme une grossesse normale, avec tous ses troubles réflexes, tantôt au contraire rien ne fait soupçonner la présence d'une grossesse. Ce qui attire le plus souvent l'attention sur cette affection, ce sont, d'une part, des symptômes fonctionnels consistant en troubles de la menstruation, des douleurs pelviennes et compressions des organes voisins et, d'autre part, l'apparition des signes physiques : tuméfaction du ventre, modifications du col, etc.

Nous étudierons successivement ces deux ordres de phénomènes, puis nous nous occuperons des accidents qui peuvent survenir dans le cours de cette grossesse et en dernier lieu de ses terminaisons.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Ce qui attire tout d'abord l'attention de la femme dans la majorité des cas, ce sont les *troubles menstruels*. Ils sont variables suivant les cas.

Le plus souvent, au début, il y a suppression des règles, qui réapparaissent vers le deuxième ou le troisième mois, mais irrégulières, avec des métrorrhagies plus ou moins abondantes dans les intervalles menstruels et presque toujours accompagnées de douleurs. Le sang de ces métrorrhagies n'est plus le sang vermeil du flux cataménial, mais il est noir, séro-sanguinolent et même quelquefois hydrorrhéique, teinté en rouge. Souvent aussi,

il y a expulsion de caillots. Les hémorrhagies sont beaucoup plus fréquentes dans la variété tubaire que dans les autres.

La suspension définitive de la menstruation pendant tout le cours de la grossesse ectopique, jusqu'à la rupture ou à la rétention, est plus rare.

Enfin il se peut exceptionnellement que les règles ne subissent aucune modification. Lawson Tait, en parlant des troubles menstruels de cette grossesse, s'exprime ainsi: La menstruation est quelquefois interrompue absolument comme pendant la grossesse normale; plus fréquemment elle devient irrégulière et profuse.

Les douleurs sont un des symptômes les plus constants. Elles sont perpétuelles, dit Pozzi; elles prennent la forme soit de douleurs localisées dans le bas-ventre, soit de coliques intestinales, ce qui serait dû à l'irritation de l'intestin par le kyste fœtal qui y prendrait des adhérences.

Le siège de ces douleurs est tantôt la région inguinale; tantôt la région ombilicale, et tantôt, le plus souvent, la région sacrée, à cause du développement fréquent du kyste fœtal dans le cul-de-sac de Douglas.

Ces douleurs sont vagues, sourdes et profondes, fixes ou s'irradiant d'une fosse iliaque dans l'autre, vers le périnée, la région lombaire, la cuisse, etc. Elles accompagnent quelquefois les vomissements du début. Le plus souvent spontanées, elles sont exagérées par la pression sur l'abdomen ou bien par le toucher vaginal. Ces douleurs sont augmentées aussi par certaines positions de la femme, les secousses d'une voiture, etc. Souvent elles rendent le coït impossible, parce qu'elles sont exagérées par les chocs des rapports sexuels. Pendant les périodes menstruelles et les métrorrhagies, ces douleurs deviennent plus intenses et se prolongent d'autant plus que les hémorrhagies sont abondantes. Lorsqu'elles ne sont pas continues, c'est au moment des hémorrhagies qu'elles apparaissent. Quelquefois l'intensité de ces douleurs est telle qu'elle porte atteinte à l'état général, obli-

geant les malades de garder le lit. D'autres fois, sous leurs influences, naît cet état particulier de « névrosisme » qu'on observe souvent dans les maladies des organes génitaux chez la femme. Ces douleurs sont dues soit à des poussées de péritonite localisée au niveau du kyste fœtal, soit à des contractions utérines et tubaires, soit enfin à des tiraillements exercés par des adhérences sur les organes voisins.

Il y a cependant quelques cas de grossesse ectopique où les douleurs ont fait complètement défaut.

Lorsque le kyste fœtal a acquis un grand volume, il donne lieu dans les organes voisins à des phénomènes de compression, qui varient suivant la position qu'il occupe. On observe principalement la compression de la vessie et du rectum, d'où résultent des troubles de la miction, et même quelquefois des cystites et des troubles de la défécation consistant presque toujours en constipation. Les douleurs, en général, deviennent plus intenses pendant cette période.

L'augmentation du volume des seins et de l'utérus, les modifications du col et les autres symptômes réflexes de la grossesse normale sont beaucoup moins caractéristiques que les symptômes précédents.

Disons toutefois qu'il y a eu des cas dans lesquels aucun symptôme ne faisait soupçonner l'existence d'une grossesse ectopique et dans lesquels la rupture de la trompe donne lieu à une hématocele ou à une hémorrhagie mortelle.

SIGNES PHYSIQUES. — Au début de la grossesse extra-utérine, l'inspection du ventre ne révèle rien de particulier; mais, au bout de deux ou trois mois, on aperçoit au-dessus de l'aîne une tumeur, faisant saillie en ce point et sur laquelle les malades eux-mêmes attirent l'attention le plus souvent. Cette tumeur augmente rapidement de volume, et vers le sixième ou le septième mois, le ventre présente, en général, deux tuméfactions,

l'une latérale, constituée par le kyste fœtal, et l'autre médiane, formée par l'utérus hypertrophié.

La palpation de la paroi abdominale donne des renseignements importants. Quand le kyste fœtal est au début de son développement, on n'a aucun signe caractéristique par ce mode d'exploration ; mais quand le kyste est arrivé au sixième ou septième mois, il vient se placer superficiellement, et on sent une tumeur indépendante de l'utérus et même quelquefois on peut avoir la sensation d'une partie fœtale. Les mouvements du fœtus ont été perçus par quelques observateurs. La fluctuation du sac fœtal est beaucoup plus difficile à percevoir. La palpation est quelquefois impossible, à cause des violentes douleurs qu'elle détermine.

L'augmentation du volume de l'utérus constatée par la palpation et la percussion n'est pas un bon signe de grossesse anormale, parce qu'elle manque souvent.

L'auscultation fournit des signes importants. Quand on a nettement entendu les bruits du cœur fœtal, il ne peut pas y avoir de doutes sur l'existence de la grossesse ; mais souvent dans la grossesse ectopique on n'entend pas ces bruits malgré la vie du fœtus. La perception d'un souffle est beaucoup moins importante pour le diagnostic, parce qu'il se rencontre dans d'autres circonstances (fibrome utérin, etc.). Pour Gaulard, (*Soc. d'obst. de France*, 6 avril 1893), il y a une relation évidente entre le souffle maternel et le lieu qu'occupe l'insertion du placenta. Ce rapport est important pour l'intervention. En effet, le danger de la laparotomie étant grand pour la mère quand le placenta s'insère à la paroi antérieure de l'abdomen, il vaut mieux attendre la mort du fœtus ou bien pratiquer l'élytrotomie.

Le toucher vaginal, pour beaucoup d'auteurs et particulièrement pour Stoltz, ne donne que des renseignements imparfaits. Mais Depaul en a montré l'importance, en attirant, le premier,

l'attention sur ce point. Avant lui, on avait bien parlé de quelques changements du col, mais sans y insister.

L'utérus est toujours plus ou moins déplacé ; souvent le doigt porté dans le vagin ne peut trouver le col placé très en avant, derrière le pubis. Il faut même quelquefois pratiquer le toucher bidigital et même manuel pour y arriver. Cette position du col est due au développement du kyste fœtal dans le cul-de-sac de Douglas.

D'autres fois, l'utérus est dévié latéralement, ce qui arrive fréquemment quand le fœtus s'est développé dans une trompe ou bien entre les deux feuillets du ligament large.

Beaucoup plus rarement, l'utérus a été trouvé en rétroflexion, en rétroversion ou en rétroposition. On a signalé aussi quelques cas rares de prolapsus de l'utérus déterminés par la grossesse ectopique.

L'utérus conserve généralement sa mobilité.

Le col subit différentes modifications. On le trouve ramolli le plus souvent, malgré l'affirmation de Boisleux pour qui il conserverait sa dureté. Cependant jamais le ramollissement du col n'est en rapport avec l'époque de la grossesse. Le doigt porté dans l'orifice du col, entr'ouvert quelquefois, peut pénétrer dans l'utérus si on procède avec lenteur.

Par l'exploration des culs-de-sac, on arrive à sentir une tumeur placée assez haut quelquefois et d'autres fois faisant saillie dans le vagin. On peut même dans quelques rares cas reconnaître des parties fœtales. Parfois on perçoit les mouvements du fœtus.

On n'est pas d'accord sur l'importance des pulsations artérielles du sac fœtal, sur lesquelles Baudelocque insista le premier et sur lesquelles dernièrement, à la Société de Gynécologie de Londres (12 mai 1892), Snaw-Mackenzie attirait l'attention en les considérant comme un signe certain. Il les aurait perçues cinq fois sur cinq cas.

Par le toucher rectal, on arrive à déterminer exactement la

position de l'enfant, en sentant telle ou telle partie fœtale. Seule, cette exploration ne donne pas des renseignements précis.

L'examen bimanuel ou de Sims, dans lequel une main est appliquée sur la paroi abdominale et l'autre dans le vagin, fournit des renseignements précieux surtout quand il est pratiqué sous le chloroforme. Dans ces conditions, on peut parfaitement sentir la tumeur fœtale, préciser son siège, connaître sa consistance, etc.

Dans certains cas, il pourrait être nécessaire d'avoir recours simultanément au toucher vaginal et rectal, au toucher vésical et vaginal ou bien au palper abdominal et au toucher rectal.

Nous ne mentionnons le *cathétérisme utérin* que pour le proscrire, malgré l'autorité de Pinard et de Dumontpallier, qui le pratiquent. Les conditions de son emploi sans aucun danger sont en effet difficilement réalisables. Il faut avoir bien aseptisé l'utérus, il faut être bien sûr de son diagnostic avant de tenter ce mode d'exploration, qui, sans être d'une utilité bien grande et d'une nécessité absolue, peut devenir très dangereux.

FAUX TRAVAIL. Lorsque le terme normal de la grossesse arrive, quelquefois avant, parfois un peu plus tard, on voit apparaître des symptômes analogues à ceux d'un véritable travail. Des contractions intermittentes et douloureuses de l'utérus surviennent, du sang s'écoule au dehors accompagné de l'expulsion d'une caduque utérine à l'état de membrane entière ou de débris des membranes.

Le col se ramollit, s'entr'ouvre et devient perméable au doigt, suivant la majorité des auteurs et particulièrement Tarnier, Budin et Maygrier. Cependant, dans quelques cas, il n'est signalé aucun changement du col et spécialement dans une observation de M. Delaisement¹, dans laquelle pendant le faux travail « on trouve que le col utérin n'est pas volumineux. Il n'est ni ramolli

¹ Arch. de Gynéc., mai 1892, pag. 336.

ni largement entr'ouvert. Il est petit, dur et ressemble absolument au col utérin d'une vierge ».

Ordinairement pendant ce faux travail, le fœtus meurt ; les mouvements ne sont plus perçus par la mère, et l'on constate à l'auscultation l'absence des bruits du cœur fœtal.

Le faux travail dure en général de quelques heures à trois ou quatre jours. Immédiatement après, les seins augmentent de volume et la sécrétion lactée s'établit.

Exceptionnellement, pendant cette période, le sac fœtal se rompt.

TERMINAISON DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — La grossesse extra-utérine se termine d'une manière différente, suivant qu'elle est tubaire, ovarique ou abdominale. En effet, si le fœtus se développe dans une cavité à parois minces et peu élastiques (grossesse tubaire), elle se laisse déchirer dès que le fœtus a pris un certain développement ; si au contraire le kyste se développe dans la cavité abdominale, la grossesse évolue plus longtemps et peut même arriver à terme. Dans la grossesse ectopique, le fœtus mal nourri, comprimé et gêné dans son développement, meurt fréquemment, qu'il y ait ou non rupture du sac. Après sa mort, pendant la période de rétention fœtale, la mère est exposée à une série d'accidents.

Nous passerons rapidement en revue les accidents dus : 1° à la rupture du kyste et 2° à la rétention du fœtus.

1° La rupture de la poche fœtale est l'accident le plus grave et le plus fréquent de la grossesse extra-utérine. Elle est beaucoup plus fréquente dans la variété tubaire que dans les autres. Quand cette rupture se fait du côté du péritoine, elle donne lieu aux symptômes d'une hématocele, soit à début brusque (hématocele cataclysmique de Barnes) avec douleurs très intenses et localisées dans une fosse iliaque, accompagnées de lipothymies, de syncopes, de refroidissements des extrémités, etc., soit à début

moins bruyant, occasionnant seulement une faiblesse continue et une augmentation du volume du ventre. Quand au contraire elle se fait dans l'épaisseur des ligaments larges, elle constitue l'hématocèle extra-péritonéale. Si la femme survit à cette hémorrhagie, elle garde une hématocèle qui l'expose aux dangers de la suppuration, de la péritonite, etc. Si elle résiste à une première hémorrhagie, elle peut succomber plus tard, soit à de nouvelles pertes sanguines, soit quelquefois à la suite de l'anémie déterminée par une de ces hémorrhagies, soit enfin par la péritonite ou par un des accidents dus à la rétention fœtale.

Nous avons tâché de résumer dans le tableau suivant, les différentes terminaisons de la rupture du kyste fœtal.

1° Mort subite.	{ a' par hémorrhagie. b' par péritonite suraiguë.
2° Mort lente.	{ a' par anémie profonde. b' par péritonite chronique.
3° Guérison. . .	{ Après la formation d'une hématocèle intra ou extra-péritonéale non mortelle.

2° A partir du moment où le fœtus a succombé, la grossesse entre dans sa phase de rétention et expose la mère aux dangers que peut causer la présence d'un corps étranger dans l'organisme. Maygrier qui, dans sa thèse d'agrégation, fait une étude très détaillée et très approfondie des différentes terminaisons de la grossesse ectopique, distingue deux genres de rétention : 1° la rétention sans accidents et 2° la rétention avec accidents graves a' sans ouverture du sac et b' avec ouverture du sac.

1° RÉTENTION SANS ACCIDENTS. — Il n'est pas facile de préciser la fréquence d'un pareil dénouement, étant donnée la difficulté du diagnostic au début de la grossesse extra-utérine. Il est probable cependant qu'elle n'est pas très rare. Dans ces cas, le fœtus toléré par l'organisme se momifie, passe à l'état de LITHOPÉDION ou bien se résorbe complètement. La lithopédisation

n'est pas exempte de tout danger; elle peut, par son voisinage, déterminer de la péritonite, de l'obstruction intestinale, etc.

2° RÉTENTION AVEC ACCIDENTS. — *a'*. Sans ouverture du sac. — Ici le fœtus quelques jours, quelques semaines ou même quelques années après sa mort, se putréfie et le sac suppure. Cette complication peut donner lieu à une péritonite aiguë rapidement mortelle ou à une péritonite chronique qui se termine aussi par la mort après plusieurs poussées de péritonite subaiguë, si on n'intervient pas.

Souvent aussi, avec la suppuration du kyste, on voit la fièvre s'allumer, et plus tard apparaissent tous les symptômes de la septicémie, qui emporte les malades.

D'autres fois, la mort arrive par occlusion intestinale, par compression du rectum et suspension du cours des matières fécales ou par compression des uretères et hydronéphrose.

Il y a eu quelques cas d'hydropisie du sac qui ont amené une distension énorme du ventre et ses conséquences, compressions, œdèmes, etc.

b'. Rétention avec ouverture du kyste. — Dans certains cas, après la suppuration du kyste, des adhérences s'établissent entre lui et les parties avoisinantes, le kyste s'ouvre au dehors et le pus entraîne avec lui le fœtus entier ou par parcelles, suivant les dimensions de l'ouverture, qui se fait le plus souvent (le quart des cas) dans l'intestin, et le fœtus est éliminé par le rectum.

Quelquefois (le cinquième des cas) le kyste s'ouvre à la paroi abdominale.

L'ouverture dans le vagin et la vessie est plus rare; sept à huit cas sur cent.

Enfin, exceptionnellement, on a vu le kyste s'ouvrir dans l'utérus ou par plusieurs voies en même temps, le vagin et le rectum, la paroi abdominale et la vessie, etc.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Il a fallu diviser en périodes la grossesse extra-utérine pour pouvoir grouper ses différents types cliniques. La division qui nous paraît la meilleure est celle qui reconnaît à la maladie trois périodes : 1° la période avant le cinquième mois ; 2° la période après le cinquième mois ; 3° la période après la mort du fœtus.

En étudiant chacune de ces périodes, nous nous occuperons de leur diagnostic symptomatique et différentiel, mais nous serons bref sur chacune de ces diverses parties, parce qu'il nous faudrait passer en revue toute la pathologie des tumeurs abdominales, si nous voulions approfondir un peu la question.

1° *Période avant le cinquième mois.* — Le diagnostic de la grossesse extra-utérine, comme celui de la grossesse normale, est en général d'autant plus difficile à établir que l'évolution est moins avancée. Une grande mobilité règne d'ailleurs dans les symptômes qui accompagnent cette grossesse.

Ce qui attire l'attention du clinicien, ce sont d'une part l'irrégularité de la menstruation et des douleurs pelviennes, et d'autre part la violence et la ténacité des phénomènes sympathiques. La suspension des règles pendant deux ou trois époques, suivie de métrorrhagies qui peuvent acquérir une grande intensité, accompagnées de douleurs à caractère très variable, quelquefois d'irradiations vers les membres inférieurs, les reins, etc., la longue durée des nausées et des vomissements, font pressentir qu'il se passe quelque chose d'anormal dans cette grossesse, qui a été prise au début pour une grossesse normale.

Si alors on interroge la malade, on trouve souvent qu'une

longue période de stérilité a précédé cette grossesse et que la malade a présenté à une époque antérieure des symptômes d'une affection des organes génitaux.

L'exploration des parties génitales à cette époque, quoique ne fournissant pas de signes absolument certains, aide cependant beaucoup au diagnostic. En effet, la palpation démontre que la tumeur n'est pas franchement sus-pubienne comme dans la grossesse normale, qu'elle est douloureuse à la pression, qu'elle occupe ordinairement une région inguinale et qu'elle est distincte de l'utérus, qu'on arrive à sentir derrière le pubis plus ou moins bien suivant l'époque de la grossesse.

Par le toucher vaginal, on ne trouve pas le col utérin à la place qu'il devrait occuper, s'il s'agissait d'une grossesse normale; il est d'ordinaire difficilement accessible, étant dévié latéralement ou caché derrière la symphyse pubienne.

Un des culs-de-sac est repoussé par une tumeur soit en forme de boudin, comme dans la grossesse tubaire au début, soit plus ou moins arrondie quand le kyste fœtal est situé dans la cavité abdominale. La fluctuation de l'œuf et la sensation d'une partie fœtale sont perçues dans certains cas. Cette tumeur suit ordinairement les mouvements de l'utérus. Le cathétérisme utérin résoudrait sûrement le problème, mais le mettre en pratique pendant cette période où on ne peut avoir que des présomptions serait s'exposer à l'expulsion certaine de l'œuf, si la grossesse est normale.

L'auscultation pendant cette période ne fournit aucun signe.

Quelquefois rien ne fait soupçonner l'existence d'une grossesse anormale, et ce n'est qu'au moment de la rupture que l'attention est éveillée et que le diagnostic peut être posé.

On voit qu'il n'y a pas de symptômes pathognomoniques de la grossesse extra-utérine pendant cette période et qu'il faut, pour pouvoir porter le diagnostic, s'appuyer sur l'ensemble des phénomènes morbides que nous venons d'étudier.

Après ce court aperçu sur le diagnostic symptomatique, nous arrivons au diagnostic différentiel.

Distinguer une *grossesse normale* d'une grossesse ectopique à cette période n'est pas chose facile. Cependant on pourrait y arriver en se basant sur l'absence des règles pendant une ou deux périodes et l'apparition de métrorrhagies après cette courte suspension menstruelle ; un symptôme qui n'existe pas dans la grossesse normale, ce sont de violentes douleurs siégeant dans les flancs, s'irradiant vers différentes régions et accompagnées de troubles de la miction et de la défécation ; l'apparition vers le troisième ou quatrième mois d'une tumeur irrégulière et unilatérale, distincte de l'utérus, douloureuse à la pression, la perception, par le toucher vaginal, de cette tumeur, occupant un des culs-de-sac et siégeant du même côté que les douleurs, le déplacement de l'utérus par elle et enfin la ténacité des nausées et des vomissements constituent un ensemble de symptômes qui différencient la grossesse ectopique de la grossesse normale pendant cette période.

Une *dilatation tubaire*, due à l'hydro ou au pyo-salpinx, peut être confondue très facilement avec une grossesse ectopique. Le diagnostic différentiel de la grossesse tubaire avec une de ces affections pendant cette période est presque impossible.

Quant à l'hématosalpinx, ce diagnostic n'a pas grande valeur. Nous avons en effet admis dans notre étude anatomique que cette affection était le plus souvent une conséquence de la grossesse tubaire. Cependant l'augmentation du volume de l'utérus et l'expulsion d'une membrane militent en faveur de la grossesse extra-utérine.

Les *kystes ovariens* ont été souvent pris pour une grossesse anormale. Ces erreurs sont probablement dues à ce qu'on attache trop d'importance à tel ou tel signe en particulier, sans rechercher l'ensemble des symptômes pathognomoniques du début de la maladie qui nous occupe.

Les troubles menstruels sont rares dans les kystes ovariens; la suppression des règles est exceptionnelle et les métrorrhagies sont loin d'être fréquentes. Le développement exagéré du système veineux abdominal et même thoracique, observé souvent dans les kystes ovariens, n'existe presque jamais dans la grossesse ectopique. Les modifications du col et du corps utérins font défaut dans les kystes ovariens, où il n'y a qu'une simple déviation du col du côté de l'ovaire affecté. De plus, la fluctuation du kyste ovarien est d'une netteté parfaite. Le développement d'une grossesse ectopique est en général beaucoup plus rapide que celui d'un kyste ovarien. Enfin les symptômes sympathiques manquent dans cette dernière affection.

Ce diagnostic différentiel de dilatation tubaire et des kystes ovariens avec la grossesse anormale n'a pas une très grande importance, parce qu'il n'y a qu'une seule opération vraiment utile dans chacune de ces maladies — c'est la laparotomie. — D'ailleurs la plupart des laparotomies où on a extirpé des kystes fœtaux, ont été faites pour des salpingites.

Les fibromes utérins ont un ensemble symptomatique qui permet ordinairement de les distinguer facilement de la grossesse extra-utérine; cependant cette erreur a été souvent commise. Les troubles menstruels et les hémorrhagies sont fréquents dans les fibromes, mais il n'y a jamais suppression des règles. Les douleurs n'y atteignent jamais l'intensité des douleurs de la grossesse extra-utérine. La dureté et l'indolence des fibromes au palper sont caractéristiques.

Les signes différentiels les plus importants sont fournis par le toucher vaginal. Le col est à peu près normal et ne présente pas les modifications de la grossesse; il occupe ordinairement sa place habituelle. La tumeur, lorsqu'elle est accessible par le vagin, n'a pas la consistance molle du kyste fœtal.

Quant à la simulation du faux-travail observée quelquefois dans les fibromes intra-utérins, elle pourrait induire en erreur,

mais dans la grossesse extra-utérine le faux-travail est accompagné d'autres signes qui font éloigner toute idée de fibrome, tels sont : l'état du col, l'expulsion d'une caduque, la présence de lait dans les seins, etc.

La *rétroversion* de l'utérus gravide, observée principalement vers le troisième ou quatrième mois, s'accompagne de troubles vésicaux et rectaux d'une telle intensité que l'attention est immédiatement portée de ce côté. Si alors on porte la main sur la paroi abdominale, il est impossible de sentir les contours de l'utérus, qui est enclavé dans la concavité du sacrum, tandis que, lorsqu'il s'agit d'une grossesse anormale, on arrive à délimiter nettement le kyste fœtal et l'utérus repoussé par lui.

Par le toucher vaginal, on tombe difficilement sur le col refoulé derrière la symphyse pubienne, mais on sent dans le cul-de-sac postérieur une tumeur lisse, de consistance ferme, dans laquelle on reconnaît l'utérus. Pour plus de sûreté, il est utile de pratiquer l'examen rectal et bimanuel, parce qu'on parvient ainsi à sentir plus nettement la tumeur formée par la matrice.

Si, dans ces conditions, on arrive par des manœuvres de redressement à sentir le fond de l'utérus dans l'hypogastre, où il n'existait pas primitivement, le diagnostic de *rétroversion* devient certain.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine avec celui d'une grossesse développée dans *un utérus bicorne* est considéré par tous les auteurs comme impossible sur la femme vivante; et même sur le cadavre, il est souvent très difficile, parce que le développement du kyste fœtal amène des modifications notables dans les rapports des organes pelviens. Tarnier et Budin donnent, comme signes distinctifs du diagnostic anatomique de la rupture d'une grossesse tubaire avec celle d'une grossesse d'un utérus bicorne, les rapports de la trompe et du ligament rond avec le kyste fœtal.

Dans la grossesse tubaire, la trompe a diminué de volume ou est devenue presque nulle et le ligament rond se trouve à la partie interne du sac, tandis que, dans la rupture d'une corne gravis, la trompe est presque normale et le ligament rond est situé à la partie externe du sac.

Lorsque pendant cette période surviennent les phénomènes du faux-travail avec coliques, expulsion des membranes et de caillots, on se demande souvent si on n'a pas affaire à un *avortement*. Ce diagnostic n'est pas facile même quand on assiste à l'expulsion de membranes et de caillots ; en effet, il est quelquefois difficile de trouver l'œuf au milieu des produits de l'expulsion. Cependant lorsqu'il s'agit d'une grossesse ectopique, la tumeur persiste après ce faux-travail, tandis qu'elle disparaît lorsqu'il y a eu un avortement.

Le diagnostic de la rupture s'impose, lorsque, au cours de la grossesse ectopique, apparaissent les symptômes d'une hémorragie interne. Mais il n'en est pas de même lorsqu'on est appelé auprès d'une malade présentant les symptômes précédents et dont on ne connaît pas les antécédents. Il y a un grand nombre d'exemples de morts dues à cette cause, qui ont été prises pour des empoisonnements ou des avortements. Plusieurs fois même dans ces circonstances, et Brouardel en rapporte deux observations¹, on a procédé à des expertises médico-légales.

— 2^o *Période après le cinquième mois.* — Quand cette grossesse dépasse le cinquième mois, les signes qui permettent d'affirmer que la femme est enceinte et que le fœtus est vivant apparaissent ; ainsi les mouvements fœtaux, les doubles battements cardiaques et la sensation des parties du fœtus deviennent perceptibles. Il n'y a donc, durant cette période, qu'une erreur possible ; elle consiste à prendre la grossesse ectopique pour une grossesse normale. Cette erreur a été souvent commise, même

¹ In thèse de Chaye. Paris, 1882.

par les plus grands gynécologues. Cependant il y a un grand nombre de signes qui permettent fréquemment d'arriver à ce diagnostic ; ils deviennent en général plus évidents, à mesure qu'on se rapproche du terme.

Les métrorrhagies qui existaient déjà deviennent plus abondantes et plus fréquentes, et les douleurs prennent souvent une telle intensité qu'elles condamnent les malades à garder le lit. Ces douleurs sont surtout dues à des compressions nerveuses par le sac fœtal, ce qui explique les irradiations dans les différents rameaux nerveux ; ces métrorrhagies et ces violentes douleurs n'accompagnent pas la grossesse normale. Le ventre présente deux tuméfactions et se trouve élargi transversalement.

La tumeur, formée par le kyste fœtal, est franchement latérale, tandis que, lorsqu'elle est formée par l'utérus gravide, elle est plus ou moins médiane. Kœberlé et d'autres observateurs citent quelques cas, dans lesquels on voyait à distance les mouvements du fœtus. Au palper, on sent le kyste fœtal placé immédiatement sous la paroi abdominale, et même quelquefois on reconnaît les parties fœtales. Les mouvements du fœtus sont en général beaucoup plus facilement perçus que dans la grossesse normale. Le souffle placentaire manque parfois dans la grossesse extra-utérine, surtout lorsque le placenta ne s'insère pas à la paroi antérieure de l'abdomen. Nous avons vu l'importance de cette insertion au point de vue de l'intervention.

Les modifications du col ne sont jamais en rapport avec l'âge de la grossesse dans la maladie qui nous occupe.

On s'appuiera donc, pour distinguer pendant cette période la grossesse extra-utérine de la grossesse normale, sur les métrorrhagies, les douleurs intenses et continuelles, la latéralité de la tumeur, la facile perception des mouvements et des parties fœtales et enfin sur les modifications du col.

Quant au diagnostic avec les autres tumeurs, il n'y a pas de

confusion possible, tant que les signes certains de la vie du fœtus existent.

3° *Période après la mort du fœtus.* — Cette mort est suivie par la cessation des battements cardiaques et des mouvements fœtaux. Quelque temps après, la montée de lait se fait, mais elle se tarit rapidement et les seins se flétrissent.

L'utérus revient sur lui-même, les organes génitaux externes reprennent leur aspect normal et la menstruation se rétablit. En un mot, tous les signes de la grossesse disparaissent, et il n'y a guère que les antécédents de la malade et l'évolution de la tumeur qui peuvent mettre sur la voie. Si, dans ces conditions, par le palper et le toucher, on parvient à percevoir des parties fœtales, on a des raisons sérieuses de penser à l'existence d'une grossesse anormale.

Les tumeurs fibreuses et fibro-kystiques de l'utérus ne se distinguent de la grossesse ectopique, pendant cette période, que par leur marche et leur évolution. Ici, la femme s'est crue enceinte pendant une période. La grossesse a été accompagnée de douleurs et d'hémorrhagies ; il y a eu à un moment des phénomènes de faux-travail, expulsion d'une caduque et montée de lait ; puis les signes de la grossesse ont disparu, mais la tumeur a persisté. Rien de pareil dans les fibromes, dont l'évolution est en général beaucoup plus lente et n'apporte pas de troubles appréciables, au moins au début. Quant à la consistance et à la position de la tumeur, elles ne sont pas d'une grande utilité pour ce diagnostic. C'est encore sur les antécédents et l'évolution de la maladie qu'on se basera pour la différencier des kystes ovariens, des tumeurs de l'épiploon et de toutes les tumeurs abdominales en général. Dans le doute, dit Pozzi, en présence des accidents sérieux, on fera une laparotomie qui sera d'abord exploratrice et permettra parfois de reconnaître exactement la nature et les connexions du kyste, de l'enlever directement ou de l'aborder ensuite par une autre voie.

Lorsque le kyste suppure, en donnant lieu à des fistules, le diagnostic devient relativement plus facile, parce qu'on peut assister à l'élimination des débris de squelette ou bien arriver sur le fœtus après dilatation de l'orifice fistuleux. Ces fistules ne peuvent être confondues qu'avec celles de kystes dermoïdes ; mais la forme et les dimensions des os sont assez caractéristiques pour éviter cette confusion.

Diagnostic des variétés. — Affirmer qu'on a affaire à telle ou telle variété est impossible dans la majorité des cas, mais certains symptômes, par leur intensité et l'époque de leur apparition, plaident en faveur plutôt de l'une que des autres variétés. Ainsi les métrorrhagies sont beaucoup plus abondantes dans la variété tubaire que dans les autres, tandis que la suppression des règles pendant une longue période s'observe plutôt dans la variété abdominale. Les douleurs et les malaises apparaissent plus rapidement et acquièrent une intensité plus considérable dans la variété tubaire. La tumeur est toujours primitivement latérale dans cette dernière variété ; elle suit les mouvements de l'utérus, qui est plus développé ici que dans la grossesse abdominale et fait corps avec lui.

Pour Beaudelocque, les mouvements du fœtus seraient perçus moins vaguement lorsqu'il siège dans la trompe que lorsqu'il se trouve dans la cavité péritonéale. Par le toucher, on trouve les mêmes modifications du col, mais le kyste est distinctement senti dans le cul-de-sac postérieur, s'il se trouve dans le péritoine. Quand, dans le cours de sa grossesse, la femme a présenté les symptômes de la rupture avec des douleurs vives, des lipothymies, etc., on peut presque affirmer que le fœtus se trouve dans la cavité abdominale.

Quant à la variété ovarique, dont nous avons vu l'extrême rareté, il n'y a pas de signes qui permettent de la différencier des autres sur la femme vivante.

Ces divers signes distinctifs reposent sur des nuances telle-

ment faibles qu'on peut considérer le diagnostic des variétés comme impossible.

Il résulte de ce qui précède que le diagnostic, en général, de la grossesse extra-utérine reste toujours un diagnostic de probabilité. Aucun des symptômes rationnels ou physiques dont elle s'accompagne ne peut en effet nous guider à coup sûr. Lorsque cependant on a observé la croissance du kyste fœtal hors de l'utérus, relié à la corne utérine par un pédicule, et lorsque, en outre, il a été éliminé une caduque, ce diagnostic est à peu près certain. Il est beaucoup plus difficile pendant la première période et après la mort du fœtus que pendant la vie de ce dernier.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Toujours sérieux et grave, il est moins fatalement funeste pour la mère que pour le fœtus. Celui-ci succombe, en effet, dans la majorité des cas avant terme, surtout dans la variété tubaire, et, si par hasard il arrive à terme, il faut que la chirurgie intervienne à temps pour parer à toutes les éventualités que sa présence détermine. Jusque dans ces dernières années, on ne tenait aucun compte de l'enfant, parce qu'on considérait l'intervention pendant la vie du fœtus comme mortelle pour la mère dans la plupart des cas. Aujourd'hui, on possède quelques observations, et Pozzi¹ en rapporte un certain nombre, où l'opération a été heureuse pour la mère et pour l'enfant. Une de nos observations, due à Rein, de Kiew, et dans laquelle l'opération a été pratiquée le fœtus étant vivant, a été couronnée d'un succès complet. Il faudrait donc ne pas sacrifier d'emblée un fœtus vivant, développé hors de l'utérus.

¹ Gynéc., 1892.

Pour la mère, la grossesse extra-utérine constitue un danger. Elle est dangereuse, à la première période, par la rupture qui peut survenir et à laquelle la femme succombe dans la plupart des cas, si l'on n'intervient pas. Cependant cette gravité est un peu amoindrie par la bénignité relative de la laparotomie pendant cette période, à condition que le diagnostic puisse être posé, ou au moins supposé.

Le pronostic est beaucoup plus grave tant que le fœtus est vivant, parce que c'est alors que la rupture donne lieu aux hémorrhagies graves et aux péritonites mortelles. De plus, le traitement est ici d'autant plus périlleux que l'on s'approche du terme de la grossesse, à cause de ces hémorrhagies placentaires qui enlèvent la femme en quelques instants.

Pendant la rétention, tout danger n'est pas écarté ; la mère est exposée à tous les accidents que nous avons vus survenir au cours de cette période. Fenger¹, sur 116 cas publiés dans les journaux américains, et dans lesquels on est intervenu en 1888 et 1889, donne une mortalité pour la mère de 25 %. Martin², réunissant les chiffres de Schauta jusqu'en 1892, trouve que, sur 265 cas abandonnés à eux-mêmes, la mortalité pour les mères a été de 63.1 %, tandis qu'elle n'a été que de 23.3 % sur 515, où l'on intervint.

CHAPITRE VII

Traitement.

Il en est du traitement de la grossesse extra-utérine comme de la pathogénie, des symptômes et du diagnostic : un grand progrès sur les faits et les résultats connus par nos anciens, mais encore rien de bien précis, rien de bien net.

¹ Amer. J. of. obst., janvier 1891.

² Martin ; Cent. f. Gyn., n° 39, pag. 771.

Un grand nombre d'interventions proposées, un petit nombre à conserver, une seule et non sans discussions à recommander. Le diagnostic et les terminaisons qui devraient nous fournir les éléments justes et rationnels des indications et des contre-indications sont eux-mêmes, l'un, quoique mieux connu aujourd'hui, encore hypothétique, l'autre très variable, difficile à fixer et peu rassurant.

Nous tâcherons, malgré ce, de donner d'après les auteurs récents un résumé aussi clair que possible de ce chapitre compliqué. Nous ferons parmi les traitements énumérés un choix judicieux, et nous retiendrons ceux qui nous paraîtront avoir donné les meilleurs résultats; nous rapporterons ensuite ces traitements de choix aux différents cas cliniques qui entrent dans la division que nous avons donnée au chapitre diagnostic.

Traitements proposés. — Il y a d'abord un groupe de procédés qui se rapprochent de ceux employés pour les kystes en général et pour les kystes hydatiques en particulier. Puisque l'on a affaire à une poche qui contient un être vivant capable, par son développement et les accidents qu'il provoque, de mettre en danger la vie de la malade, la première idée qui s'est présentée a été de tuer le fœtus dans la poche; et, se basant alors sur des connaissances incomplètes de la physiologie du fœtus, on se disait que plus le fœtus sera jeune, plus tôt il sera tué et mieux agira le traitement. On sait aujourd'hui qu'au contraire la résistance du fœtus est d'autant plus grande qu'il est plus près de la conception. Ces procédés n'ont plus qu'un intérêt historique, et nous ne les citerons que pour être complet.

On a voulu tuer le fœtus soit directement, soit indirectement. Indirectement en faisant subir à la mère une diète plus ou moins sévère ou plus ou moins prolongée, un traitement à l'iodure de potassium, au mercure, au seigle ergoté, une spoliation par purgatifs fréquents, etc., autant de procédés aussi inoffensifs pour la mère que pour l'évolution de la grossesse.

La méthode directe a eu plus de vogue et paraît avoir donné quelques résultats. Basedow, en 1836, fait la ponction du kyste et essaye d'atteindre le fœtus et de le tuer avec le trocart ; cette ponction, faite soit par la paroi abdominale, soit par le vagin ou le rectum dans les conditions septiques d'alors, donna des résultats désastreux. Plus tard, en 1863, Joulin propose l'injection des substances toxiques dans le kyste et Friedreich, en 1864, injecte dans plusieurs cas de la morphine, de la strychnine, de l'atropine. Ce procédé, à cause des accidents très graves qu'il a provoqués entre les mains de Meyer, Duncan et d'autres, est aujourd'hui presque complètement délaissé. La méthode de compression proposée par Merlin n'a pas eu plus de succès.

Une méthode qui a donné quelques résultats et qui encore aujourd'hui est préconisée par quelques auteurs américains est l'électricité. Tour à tour conseillée et abandonnée par Duchenne, de Boulogne, elle est reprise et très défendue par Garrigues en 1883, qui donne huit observations avec huit succès — depuis, Maygrier, en 1886, en a réuni huit autres et en 1890 Mann, Skene, Kelly, etc., la recommandent beaucoup. — On a employé successivement l'électro-puncture, la galvanisation et enfin la faradisation, à laquelle on s'est arrêté aujourd'hui.

La technique du procédé n'est pas encore bien fixée, chaque auteur emploie des courants d'intensité et de durée différentes. — On l'a surtout préconisée dans les premiers mois de la grossesse ; Lawson Tait, qui est un adversaire de cette méthode, se demande si dans ces conditions le diagnostic étant extrêmement difficile on a eu réellement affaire à une grossesse extra-utérine dans les succès obtenus. L'erreur est facile à commettre et d'ailleurs, malgré le dire des médecins américains qui prétendent que ce procédé n'a jamais causé d'accidents, on en a cité quelques-uns ; de plus, le danger de la présence du fœtus n'est pas écarté, et fût-il mort, c'est toujours un sujet de crainte pour l'avenir.

A côté de ces procédés peu efficaces, qui sont en somme des

procédés médicaux que l'on a presque complètement abandonnés aujourd'hui, se place une méthode de grande valeur qui répond au plus grand nombre des indications et qui a donné le plus de résultats sérieux — c'est la laparotomie.

L'idée d'ouvrir le ventre et d'aller chercher le fœtus hors de la matrice ne date pas d'hier, puisque Primerose, de Bordeaux, l'a émise pour la première fois en 1595 et Plater en 1597; il paraît même que ces deux auteurs ont eu l'occasion de pratiquer chacun une opération de ce genre.

Depuis, la laparotomie a eu des fortunes diverses, tous les auteurs du XVIII^e et du XIX^e siècle la connaissent et la pratiquent, mais elle est considérée comme une opération *in extremis*, grave et sans indications précises. D'ailleurs ceux qui l'avaient pratiquée n'eurent pas à se louer des résultats obtenus, et cela se comprend bien quand on songe à l'imperfection de leurs moyens, à la difficulté de l'hémostase et surtout aux infections qu'ils ne pouvaient pas éviter.

Parallèlement aux progrès récents de la chirurgie générale et de la chirurgie abdominale surtout, la laparotomie gagne de plus en plus du terrain. Aujourd'hui, grâce à l'impulsion donnée par Lawson Tait, Werth, Veit, Playfar, Pinard, Pozzi, etc., et malgré l'opposition de quelques gynécologues, elle est acceptée par beaucoup de chirurgiens comme une opération de choix; faite en temps opportun et faite proprement, elle a donné de beaux succès et ne doit plus être considérée comme une opération d'exception, comme un pis aller.

Nous laisserons donc ici de côté tous les traitements énumérés plus haut et nous ne nous occuperons que des indications et contre-indications de la laparotomie.

A. Avant le cinquième mois. — C'est l'époque des ruptures des hémorragies et de la non-viabilité du fœtus. D'après Maygrier, sur 22 cas de ruptures, il s'en produit 92% avant le cin-

quième mois, et sur 56 cas la mort a été subite 28 fois pour cent.

C'est donc l'époque où l'intervention est nettement indiquée, et c'est à la laparotomie primitive, à la laparotomie faite avant toute hémorrhagie que l'on doit avoir recours. — Le diagnostic est souvent difficile à poser à cette période, et dans l'incertitude beaucoup de chirurgiens s'abstiennent, mais à tort, car la laparotomie, ne serait-elle qu'exploratrice, faite avec soin, n'a que peu d'inconvénients. On a en effet affaire à une tumeur qu'il faut extraire; l'intervention ne sera jamais inutile, et on évite à la femme tous les dangers de la grossesse extra-utérine.

L'opération consistera donc à enlever le kyste fœtal, comme on enlève une tumeur, comme on enlève un pyosalpinx. Les succès sont nombreux aujourd'hui et presque tous les auteurs considèrent l'opération comme très rationnelle; sur 4 cas que nous avons recueillis, il y a eu 4 guérisons; 1 a été diagnostiqué, 2 hésitants, 1 non diagnostiqué. Martin, au Congrès de Bruxelles 1892, émet la même opinion que Werth en 1884 : il faut traiter la grossesse extra-utérine comme un néoplasme dangereux. Les cas de développement *ad terminum* sont tellement rares qu'en respectant la vie de l'enfant on sacrifie celle de la mère, pour laquelle l'intervention, faite au début de la maladie, dans les meilleures conditions possibles, est presque inoffensive.

L'indication est plus précise et encore plus urgente, quand la rupture du sac s'est produite — il faut ouvrir le ventre et aller arrêter l'hémorrhagie. C'est l'opinion de Lawson Tait, qui fait autorité en la matière. Voici ce qu'il dit dans son *Traité des maladies des ovaires* : « Le diagnostic de la grossesse extra-utérine à son début est entouré de difficultés et nous sommes rarement appelés à le faire, avant que presque tout espoir d'intervention heureuse soit perdu. Je fais allusion naturellement à la classe des cas que nous voyons au moment de la rupture de la trompe et qui sont généralement compris dans le titre d'hématocèle intrapéritonéale. Je suis presque sûr cependant qu'on sauverait un

grand nombre de ces femmes, si on agissait rapidement. Toute la difficulté consiste naturellement dans le diagnostic, et il faut qu'il ait acquis un certain degré de certitude pour pouvoir pratiquer la section abdominale. Deux fois j'ai été sur le point de pratiquer la section abdominale, soupçonnant une rupture de la trompe, et j'ai été empêché par des scrupules sur l'exactitude du diagnostic. Dans ces deux cas, l'autopsie m'a fait voir que les soupçons étaient exacts, et je crois que ces deux femmes auraient pu être sauvées. Il était assez naturel que nous hésitassions à ouvrir l'abdomen lorsque nous étions imbus de la superstition que c'était une chose très sérieuse ; mais, aujourd'hui que nous savons qu'on peut la faire en toute sûreté, je n'hésiterais pas à explorer dans un cas où je soupçonnerais une rupture de la trompe. »

Depuis, Lawson Tait a donné une statistique de 21 cas avec 20 succès, Audry a recueilli, en 1890, 56 cas avec 10 morts ; nous avons recueilli 7 cas récents qui ont donné, pour 5 laparotomies, 5 succès ; pour 2 expectations, 1 mort et 1 guérison.

Il est des cas où l'hémorragie n'est pas mortelle, le sang peut s'enkyster et il se produit une hématocele, mais peut-on dire sûrement au moment de la rupture du sac quelles seront la durée, la gravité et la terminaison de l'hémorragie ?

Il faut donc faire la laparotomie au moment de la rupture du sac, ou le plus tôt possible, même si la malade est en état de choc, quitte à le remonter par la transfusion ou mieux encore par l'injection dans les veines de la solution salée physiologique, qui a été utile dans bien des cas.

Parry disait déjà en 1878, en parlant de l'abstention des chirurgiens dans ces cas : « Assurément, c'est là une anomalie qui n'a pas de parallèle dans toute l'histoire des traumatismes humains. Le fait semble incroyable, pourtant si l'on a sauvé une existence par l'intervention active, on peut la signaler fièrement comme le seul fait qui existe dans tout le domaine de la chirurgie,

car ce n'est que là que nous puissions nous adresser; il n'existe pas de champ comme celui-ci. Voilà un accident mortel, s'il y en a un.» Pòzzi, dans son *Nouveau Traité de gynéco'logie*, tranche la question en disant que, si le traitement à faire en pareil cas était discutable il y a quelques années, il ne l'est plus aujourd'hui.

Il y a pourtant, d'après Lawson Tait, une distinction à établir entre la rupture intra-péritonéale et la rupture intra-ligamentaire. Si, dans le premier cas, la laparotomie est absolument indiquée, elle peut être différée dans le second. Mais le diagnostic de ces deux variétés d'hémorrhagies est très difficile. Voici les éléments qu'en donne Lawson Tait :

Pour l'hémorrhagie intra-péritonéale, tous les signes d'une hémorrhagie interne grave, pâleur, petitesse du poulx, sueurs froides, etc. A l'examen (toucher, palpation, percussion) signes négatifs.

Pour l'hémorrhagie intra-ligamentaire, à l'examen toujours signes positifs; le sang épanché dans le ligament large s'insinue partout entre les couches pelviennes, et les organes du bassin sont immobilisés, comprimés, etc. Enfin les symptômes généraux sont moins inquiétants. Il vaut mieux, dans ce cas, attendre, ne traiter que les symptômes, douleur, constipation, rétention d'urine, etc., et intervenir chirurgicalement en cas de suppuration de la poche ou d'une rupture secondaire avec hémorrhagie.

B. *Après le cinquième mois.* — L'enfant est vivant, il est viable, la circulation placentaire est complètement développée, le sac plus gros, le placenta plus volumineux, le danger de l'hémorrhagie beaucoup plus grand, l'intervention plus difficile, et les indications discutables.

Les avis sont partagés — les uns ne veulent pas opérer parce que l'enfant est peu viable, il est à une époque trop rapprochée de la conception, il est difforme; l'opération serait trop difficile,

l'hémorrhagie trop grave — ils préfèrent attendre, mener à terme cette grossesse et n'intervenir qu'en cas d'accidents; et de fait les premières statistiques étaient peu encourageantes; 90 % de mortalité. D'autres au contraire, et c'est la tendance de presque tous les chirurgiens d'aujourd'hui, sont pour l'intervention parce que la viabilité de l'enfant est suffisante, et avec les couveuses d'aujourd'hui et des soins minutieux on peut le sauver; de plus, l'opération s'est perfectionnée, la facilité de l'hémostase et la pratique de l'asepsie mettent à l'abri d'accidents, redoutables autrefois. Sur 7 cas dont 6 recueillis par Audry et un que nous trouvons dans nos observations prises au hasard, depuis 1886, il y a six succès. Quelques-unes des causes d'insuccès étant écartées, la première indication qui se pose est celle tirée de l'âge de l'enfant. Il faut le prendre assez près du terme pour augmenter les chances de viabilité et pas trop près pour ne pas être devancé par le travail. Il est admis aujourd'hui que le meilleur moment est entre 8 mois et 8 mois 1/2. Le procédé opératoire est simple, il se compose de quatre temps :

1° Incision de la paroi abdominale, pour les uns sur la ligne médiane, pour d'autres sur la partie latérale.

2° Incision du sac fœtal — cette incision sera faite aussi loin que possible du point d'insertion du placenta. Gaulard prétend que ce point est facile à déterminer par l'auscultation — il faut éviter aussi l'écoulement du liquide amniotique dans le péritoine.

3° Extraction du fœtus et ligature du cordon.

4° Traitement du pédicule.

Ici, les auteurs ne sont pas d'accord; les uns veulent extirper le sac complètement; on enlève kyste et placenta et on abandonne le pédicule dans la cavité abdominale. C'est une bonne opération, on évite ainsi sûrement l'hémorrhagie et les dangers d'infection, mais elle n'est pas souvent réalisable.

D'autres veulent extirper le placenta et laisser le sac, que l'on tamponne avec de la gaze aseptique.

D'autres enfin laissent en place le sac et le placenta ; alors, ou bien ils fixent le sac à la paroi abdominale et font de la marsupialisation, ou bien après ligature, l'abandonnent dans la cavité abdominale.

Dans ce dernier cas, Lawson Tait, après l'extirpation du fœtus, fait un lavage du sac avec de l'eau tiède, pour drainer le sac, les caillots et les débris de membranes, place les sutures, fait un second lavage avec un trocart siphon et ferme les sutures — il laisse le trocart, pour un dernier lavage, empêche la pénétration de l'air et ferme le sac hermétiquement.

Toute cette description représente l'ensemble schématique de l'opération, et pour un cas spécial on ne peut pas préciser d'avance ce qui conviendra pour tous les cas. Quelquefois on peut enlever facilement le sac, d'autres fois on est forcé de laisser le sac et le placenta. Les meilleurs résultats ont été obtenus lorsque le sac a pu être extirpé complètement.

C. *Fœtus mort*. — Deux cas à considérer suivant que le fœtus est mort récemment ou qu'il est mort depuis quelque temps.

Lorsque la mort du fœtus ne remonte pas à une époque éloignée, et qu'elle n'est pas suivie d'accidents hémorrhagiques, on pourrait attendre l'arrêt de la circulation placentaire et rendre ainsi l'intervention plus facile. — Tarnier, Budin, Pinard, Maygrier, Werth, sont tous de cet avis et ils conseillent d'attendre deux à cinq mois après la mort du fœtus. Il s'agit de savoir si la facilité de l'opération est compensée par la certitude absolue que pendant cette période la mère ne court aucun danger ; Pozzi craint la septicémie, la rupture du sac, les adhérences, les compressions etc., et de plus la plupart des femmes souffrent de la présence de cette tumeur dans le ventre, qui souvent est douloureuse et constitue une gêne et une infirmité dont elles demandent à être débarrassées.

Donc, avec Pozzi, nous conseillerons la laparotomie précoce.

L'opération est d'autant plus indiquée dans les cas où le

foetus est mort depuis longtemps. On a toujours à craindre une péritonite par perforation du kyste ou par suppuration, une infection, une oblitération intestinale, etc., et ces complications peuvent survenir d'un moment à l'autre sans cause apparente, quelquefois très tôt, quelquefois très tard ; ainsi Breisky a vu un kyste foetal suppuré après six ans et Kuster après vingt-sept ans.

La laparotomie telle qu'elle est faite aujourd'hui est parfaitement justifiée pour éviter ces complications. D'ailleurs, ces statistiques le montrent bien. En 1886, Maygrier donne 70 cas avec 24 morts. Audry donne 34 cas et 6 morts. Nous avons pu recueillir 11 cas avec 11 guérisons.

Le procédé opératoire est simple. Dans le cas que nous rapportons, M. le professeur Tédénat, après incision de la paroi, introduit la main dans la cavité abdominale, sort le kyste foetal avec la trompe, détache les quelques adhérences qui l'unissent, fait une ligature sur la corne utérine, sectionne la trompe, transperce le pédicule et le fixe à la paroi. Suites opératoires très simples, résultat excellent.

Pour les cas de grossesse extra-utérine avec complication, comme, suppuration du kyste, abcès du ligament large, fibrome utérin, etc., la laparotomie est le plus souvent l'opération de choix. Dans les 4 cas que nous avons colligés, il y a eu 4 guérisons.

Nous devons dire aussi quelques mots d'une opération très en vogue chez les anciens, qui craignaient tant la laparotomie ; elle est aujourd'hui presque complètement abandonnée.

L'élytrotomie a eu ses indications spéciales ; foetus mort au moins depuis deux mois, kyste au voisinage du cul-de-sac de Douglas, présentation du sommet, insertion du placenta loin du cul-de-sac. Mais à côté que de contre-indications et de contre-indications sérieuses ! Difficulté de disséquer le sac et d'arrêter l'hémorrhagie, position du placenta extrêmement difficile à déter-

miner, danger plus grand d'infection par le vagin, réceptacle de microbes, extraction de l'enfant à travers des tissus extrêmement vasculaires et leur dilacération, etc. Aussi Lawson Tait et Pozzi sont absolument opposés à l'élytrotomie.

Pour résumer notre chapitre du traitement nous dirons donc :

AVANT LE CINQUIÈME MOIS, la laparotomie, et la laparotomie précoce, primitive, est la seule indiquée, dès que le diagnostic est fait ou au moins soupçonné ; plutôt elle sera faite, plus elle sera facile ; moins on aura à craindre l'hémorrhagie et ses conséquences.

Si on est appelé au moment de l'hémorrhagie, la laparotomie d'urgence avec hémostase rapide n'est plus discutable.

APRÈS LE CINQUIÈME MOIS *avec fœtus vivant*, opérer dès qu'il y a menace d'accidents ; si on le peut, attendre huit mois ou huit mois et demi et ne pas dépasser cette époque. Faire la laparotomie et enlever kyste et placenta, s'il est possible.

Avec fœtus mort. Laparotomie dans tous les cas, élytrotomie pour quelques auteurs, avec indications spéciales.

Enfin pour grossesse compliquée d'autres tumeurs ou lésions, laparotomie encore.

CHAPITRE VIII

Observations.

L'ordre que nous avons suivi pour le classement de nos observations est le suivant :

- 1° Observations de grossesses embryonnaires (I-X).
- 2° Observations de grossesses au moment de la rupture (X-XVIII).
- 3° Observation de grossesse avec fœtus vivant (XVIII).
- 4° Observations de grossesses après la mort du fœtus (XIX-XXVIII).
- 5° Observations de grossesses compliquées (XXVIII-XXXI).

PREMIÈRE OBSERVATION.

(Communiquée par M. TÉDENAT, recueillie par VIEU.)

Avortement tubaire vers la septième semaine. — Accidents de péritonite péri-utérine. — Au troisième mois, laparotomie basée sur un diagnostic de pyosalpinx. — Extirpation de la trompe et de l'ovaire. — Guérison.

Julie R..., domestique, âgée de 29 ans, bien constituée, fièvre typhoïde à 13 ans. Réglée à 15 ans; les menstrues venaient régulièrement tous les mois, précédées de coliques, douleurs lombaires qui duraient trois ou quatre jours. Pertes sanguines abondantes pendant sept ou huit jours. Leucorrhée fréquente très abondante avant et après les règles. Avortement au quatrième mois à l'âge de 24 ans suivi d'une pelvipéritonite (douleurs et ballonnement du ventre, vomissements) qui tint la malade au lit un mois. Depuis lors, douleurs habituelles dans le bas-ventre, la région lombo-sacrée. Leucorrhée habituelle; menstrues plus abondantes, douloureuses plus qu'avant.

Les règles manquèrent (milieu de mai 1889) et en juin aussi. Douleurs plus vives, surtout dans le côté gauche de la région hypogastrique, les flancs. Besoins fréquents d'uriner. Gonflement des seins, ballonnement du ventre. Le 3 juillet 1889, à midi en allant à la selle, la malade ressent une violente douleur au bas-ventre, et c'est avec peine qu'elle arrive à son lit. Vertiges, éblouissements, syncope, refroidissement aux extrémités. Cet état dure pendant trois heures, puis diminue d'intensité. Léger suintement sanguin par le vagin dans la soirée. Mictions très fréquentes et douloureuses. Nausées. M. Tédénat, appelé auprès de la malade, constate un pouls rapide 110, petit, grande pâleur de la face. Ventre ballonné très douloureux. Le toucher vaginal révèle: utérus un peu augmenté de volume, rejeté un peu à droite et en avant, léger empatement dans le Douglas.

Il ordonne : Vessie de glace sur le ventre. Lavement laudanisé. Champagne glacé. Pendant huit jours, accidents de pelvipéritonite

légère, grande faiblesse, peu de fièvre — $38^{\circ},5$; $38^{\circ},9$ comme maximum.

Le diagnostic reste hésitant entre une pelvipéritonite et une rupture de grossesse extra-utérine. Après cinq ou six jours de mieux, la malade est prise, le 19 juillet, de vomissements, douleurs hypogastriques vives; les accidents d'hémorrhagie interne (pâleur, pouls très rapide et faible, soif vive), sans fièvre se reproduisent. Le traitement par vessie de glace sur le ventre, champagne glacé, est repris. Dans le Douglas existe une masse nette, peu consistante. 20 juillet. Amélioration légère, perte sanguine par l'utérus. Temp. $37^{\circ},1$; p. 120. M. Tédénat conseille la laparotomie, qui n'est pas acceptée. Peu à peu les accidents s'apaisent, mais la malade, tant à cause des douleurs que de l'affaiblissement où elle est, ne peut quitter son lit. Elle prend du lait, ne pouvant digérer autre chose. Vers le milieu d'août, l'exploration himanuelle devient possible grâce à la diminution des douleurs. On constate une tuméfaction ferme, mal limitée du côté des annexes gauches, empiétant dans le cul-de-sac de Douglas. M. Tédénat conseille des injections antiseptiques tièdes dans le vagin, un régime tonique et la laparotomie pour prévenir de nouveaux accidents de péritonite ou d'hémorrhagie, car il n'est pas fixé sur la nature des accidents. Amélioration lente. Pas de règles en août. Menstrues très douloureuses et très abondantes du 10 au 21 septembre. Le 8 octobre, nouvelle crise analogue aux deux précédentes qui dure dix jours: la fièvre est plus intense $39^{\circ},5$; 40° , à plusieurs reprises. Le 25 octobre, la malade se décide à l'opération.

27 octobre. Laparotomie. La main introduite va droit sur le fond de l'utérus, qui est refoulé un peu à droite de la ligne médiane. Annexes du côté droit sains. Du côté gauche masse irrégulière composée de nappes d'adhérences peu résistantes et de caillots sanguins jaunes, fermes. Décollement pénible accompagné d'un suintement sanguin assez abondant. Un pédicule est

constitué et lié comme dans l'ablation des annexes. L'opérateur fait l'extraction de caillots fermes, anciens, enchevêtrés dans des adhérences. Lavage avec eau bouillie salée chaude. Tamponnement compressif pendant quelques minutes pour arrêter l'hémorrhagie en nappe maintenant peu abondante. Suture après tampon à la Mickulicz.

28. Apyrexie. Etat général bon. Pouls 100-110 Temp. 37°, 8; 38° 3.

29. La malade se trouve bien. Le Mickulicz est enlevé.

30. Léger suintement par l'orifice du Mickulicz. Temp. 37°, 3; 37°, 9.

15 novembre. Guérison complète.

Examen des parties enlevées. *Ovaire*: Nombreuses cicatrices. Un gros corps jaune, plusieurs petits kystes contenant un liquide jaune clair. *Trompe* volumineuse ayant de 3 à 4 centimètres de diamètre dans son tiers externe. Sa paroi est épaissie, de consistance molle, comme œdémateuse. Sa muqueuse présente des franges très développées. Dans son intérieur, quelques petits caillots de couleur ocre et environ une cuillerée à dessert de liquide séreux jaune foncé. Aucune trace de rupture.

Une masse du volume et de la forme d'un œuf de poule, de consistance ferme, ayant l'aspect d'une production charnue teintée de sang décoloré est incisée. On trouve au centre une cavité contenant un sérum noirâtre et des débris très nets d'embryon. Cette cavité a une paroi à face interne lisse qu'on peut détacher de la masse charnue. Celle-ci est formée de tractus cellulieux rares et minces et de caillots sanguins à divers degrés de décoloration.

OBSERVATION II.

(Communiquée par M. TÉDENAT.)

Grossesse tubaire terminée par avortement. — Mort rapide par hémorrhagie intra-péritonéale.

Adélaïde B..., âgée de 36 ans, ourdisseuse, demeurant à Lyon. Grossesse normale et accouchement naturel à 24 ans. Depuis son accouchement, métrite pour laquelle elle fut soignée en 1872 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le D^r Gignoux et au cours de laquelle survint une légère poussée de pelvipéritonite (avril-mai, 1872).

Les règles manquent au milieu de mai 1875, et la femme éprouve des douleurs hypogastriques, du gonflement des seins. Ces accidents durèrent n'empêchant pas le travail. Le 10 juillet dans l'après-midi, très vives douleurs dans le bas-ventre avec vomissements, pâleur, pouls petit. La malade est apportée à 4 heures dans le service de M. Letiévant, salle Sainte-Marthe. Elle souffre horriblement, est d'une pâleur extrême avec un pouls très faible, très rapide. Le ventre est ballonné. M. Tédénat, interne du service, fait une injection hypodermique de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine et applique une vessie de glace sur le ventre. La malade succombe dans le collapsus à 10 heures du soir, malgré frictions excitantes, lavement alcoolique.

Autopsie pratiquée par M. Tédénat, le 12 juillet à 9 heures du matin. Ventre ballonné. Après l'incision de la paroi, on trouve au moins trois litres de sang noir, liquide, remplissant la partie inférieure de l'abdomen. La cavité pelvienne contient de nombreux caillots surtout sur le côté gauche de l'utérus et dans le Douglas. Au milieu de ces caillots, il en est un plus consistant, noir, de forme ovoïde, à la surface duquel bombe une membrane de coloration blanc jaunâtre. Cette masse est fendue suivant son grand axe long de 5 à 6 centim. On constate alors une cavité

amniotique dans laquelle on reconnaît un embryon de un mois et demi à deux mois. La masse charnue placentaire est infiltrée de sang. Il n'y a pas eu hémorrhagie dans la cavité amniotique.

La trompe droite, tuméfiée, adhère à la face postérieure de l'utérus et à son pavillon complètement oblitéré. La trompe gauche est dilatée avec un épaississement peu considérable de sa paroi au niveau de la portion dilatée, qui est distendue par un caillot. Le pavillon est libre, largement ouvert avec des caillots enchevêtrés dans les franges hypertrophiées. En aucun point il n'existe de rupture de la trompe. Celle-ci ayant été incisée et lavée, on y constate aisément dans la portion dilatée, qui correspond au deuxième quart externe, une surface grenue et végétante à laquelle tiennent de menus débris du placenta. L'utérus est régulièrement augmenté de volume (10 centim. de longueur interne) et contient quelques petits caillots noirs et diffluent.

Rien à signaler du côté des autres organes. M. Letiévant, à qui M. Tédénat présente les pièces, admet qu'il y a eu grossesse tubaire avec apoplexie ovulaire et expulsion dans la cavité péritonéale à travers le pavillon. Un examen attentif a conduit M. Tédénat à admettre qu'il n'y avait pas eu de rupture des franges soudées, car il n'existait aucune trace de soudure oblitérante de l'orifice tubo-abdominal.

OBSERVATION III.

(Communiquée par M. TÉDENAT.)

Louise M..., 25 ans, célibataire, demeurant à l'Arbresle (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle des premières femmes, n° 8, service de M. le Dr François) avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde (9 juin 1873). Au dixième jour de sa maladie, le 16 juin, elle présente tous les symptômes d'une hémorrhagie interne et succombe le lendemain 17 juin à 9 heures du matin.

Autopsie pratiquée le 18 juin par MM. Bermond et Tédénat. Pas d'hémorrhagie ou de perforation intestinale. Grande quantité de sang liquide et de caillots noirs et mous dans le petit bassin avec une môle ferme, rouge sombre, libre dans le pavillon de la trompe droite, dilatée, à paroi épaissie. Cette môle est incisée. On y trouve une cavité amniotique très nette et un embryon que M. le professeur Foltz déclara être âgé de 6 à 7 semaines. Les règles de mai avaient fait défaut. Nulle part on ne trouve de rupture de la trompe. L'utérus avait 9 centim. de longueur interne et contenait une faible quantité de sang.

OBSERVATION IV.

Grossesse tubaire. — Diagnostic et extirpation avant la rupture.
(Banga Amer. Journ. of Obst., janvier 1893 ¹).

La malade dont il s'agit est une juive de Russie, âgée de 24 ans, réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans ; depuis elle l'a été toujours régulièrement et sans douleur.

Mariée il y a cinq ans et demi, elle a eu un avortement de deux mois, à sa première grossesse, il y a cinq ans. Depuis n'a jamais eu d'enfants. Ses dernières règles datent du 20 janvier 1892 ; elle ne les a pas eues au mois de février et se croit enceinte, ayant depuis quelque temps des nausées et des vomissements, principalement le matin. Après cette aménorrhée, qui dure cinq semaines, elle commence à avoir de petites hémorrhagies utérines, dont le sang était quelque fois coagulé et d'autres fois liquide ; elles n'ont jamais été graves. La malade n'y a jamais trouvé quelque chose ressemblant à une caduque.

Après la cessation de l'écoulement menstruel, elle a senti des douleurs ayant les caractères des coliques, surtout du côté droit. Avec les hémorrhagies utérines, ces douleurs devinrent presque constantes, s'irradiant dans la cuisse droite, sans qu'on ait pu trouver la cause de cette irradiation.

La malade raconte qu'elle fut examinée par un de nos meilleurs gynécologues ; il y a deux mois environ qu'elle l'avait consulté pour

¹ Comptes rendus de la Société de Gynécologie de Chicago.

ses douleurs; et il lui dit qu'elle avait une tumeur dans le côté droit de son ventre et lui conseilla une opération.

Les hémorrhagies utérines continuèrent, et elle eut souvent des vertiges.

Le 8 mai, quoique encore au lit, elle sentit des douleurs très fortes dans la région hypogastrique et s'évanouit. Je l'ai vue pour la première fois le 10 mai. Elle était anémiée, un peu grasse, paraissant autrement saine.

L'utérus semblait un peu gros, mou, son col surtout. Il était dévié du côté droit, mobile de haut en bas sur une tumeur, remplissant la moitié droite du cul-de-sac de Douglas. La tumeur était molle, nodulaire, en partie fluctuante.

Me basant sur les points suivants de l'histoire de la malade : 1° la cessation des règles chez une femme qui a été toujours régulièrement réglée ; 2° les hémorrhagies survenant sept semaines après la dernière menstruation et durant pendant plus de dix semaines sans que rien soit expulsé ; 3° les douleurs localisées d'un seul côté qui commençaient après la cessation des règles et qui devenaient plus intenses en s'irradiant en bas vers la cuisse droite ; 4° les symptômes subjectifs de la grossesse, comme les nausées et les vomissements, surtout le matin, pendant longtemps ; 5° l'évanouissement qu'elle a eu, le 8 mai, et qui ressemblait à une hémorrhagie interne, et enfin, la sensation caractéristique au toucher de l'utérus gravide et le déplacement de cet organe par une tumeur molle, située dans le même côté que les douleurs senties par la malade, j'ai pensé qu'ils constituaient un ensemble de symptômes pathognomoniques pour poser le diagnostic de grossesse extra-utérine, avec menace de rupture ou rupture déjà, datant du dimanche 8 mai. Le Dr Kadison, excellent clinicien, fut du même avis et engagea vivement la malade à se faire opérer immédiatement.

J'ai pratiqué la laparotomie, la malade étant mise dans la position de Trendelenbourg, le 28 mai. J'ai trouvé, dans la cavité abdominale, quelques anciens caillots, restes d'une hémorrhagie interne. L'utérus était augmenté de volume. La trompe droite était transformée en une tumeur kystique qui a été immédiatement reconnue être le kyste fœtal. Elle était placée de telle sorte, sur le côté de l'utérus, que la tumeur remplissait la moitié droite de la cavité pelvienne ; l'utérus était un peu tourné autour de son axe longitudinal.

Ne voyant pas d'adhérences serrées, j'attirai la tumeur hors de la cavité abdominale, quand tout à coup elle se creva, permettant ainsi à un fœtus vivant de sortir à travers la déchirure du sac amniotique. Je fis la ligature de la trompe en trois points, un lavage de la cavité abdominale avec de l'eau stérilisée et la suture de la plaie pariétale avec des fils de soie ; je n'ai mis point de drain. Les suites ont été des plus favorables. La température ne dépassa pas 100°, F. Actuellement la malade se prépare pour retourner chez elle.

Examen des pièces. — Le fœtus était un garçon âgé de 16 à 17 semaines, concordant en ce'a avec l'histoire du cas. Il montra quelques signes de vie en faisant des mouvements avec ses extrémités, quoique la trompe fût liée. Il fit aussi un effort pour respirer.

La trompe, à son extrémité utérine, était mince et dure ; le corps de l'utérus présentait tous les symptômes d'une grossesse au début.

Les caillots qui furent trouvés dans la cavité pelvienne s'étaient échappés sans doute à travers l'extrémité externe (frangiale) de la trompe, qui n'avait pas été encore complètement fermée.

OBSERVATION V.

Grossesse extra-utérine (tubaire). — Laparotomie avant la rupture. — Guérison.

(H. Coe ; Comptes rendus de la Société obstét. de New-York, 3 mai 1892 ;
Amer. Journ. of Obst., septembre 1892.)

La malade, âgée de 33 ans, mariée depuis sept ans, a eu un avortement il y a deux ans. Pas d'autre grossesse ; dernière menstruation le 15 janvier 1892, et deux semaines après elle se plaint de douleurs pelviennes. Le 23 février, elle a une métrorrhagie abondante, et, dans la nuit du 6 mars, elle sent de violentes douleurs dans le bas-ventre. Le jour suivant, elle s'évanouit, mais bientôt elle revient à elle. Quelques symptômes vagues de grossesse apparaissent : nausées, augmentation du volume des seins. Lorsque je la vis pour la première fois, le 22 mars, elle avait une hémorrhagie et des douleurs expulsives. L'utérus était gros, comme celui d'une grossesse de deux mois, et derrière lui on sentait l'ovaire prolabé. Aucun médecin ne la vit jusqu'au 1^{er} avril ; lorsque le médecin de service, le Dr Hungerford, de Stamford, vint la voir, elle lui dit que le lendemain de ma visite (22 mars) elle avait avorté et expulsé une membrane qui fut prise par ce médecin pour la caduque déciduale. A l'examen à cette époque on trouve derrière

l'utérus une masse qui, une semaine après, avait doublé de volume ; les douleurs et les hémorrhagies persistaient.

M. Hungerford diagnostiqua une grossesse ectopique; j'acceptai ce diagnostic et conseillai la laparotomie. Je pensai qu'une rupture partielle avait eu lieu un mois avant et que le sac était entouré de sang coagulé; car cette tumeur rapidement augmentée de volume paraissait dure.

Opération. — L'opération est faite le 23 avril. La trompe n'est pas adhérente, et elle est saine, mais pendant les manipulations nécessaires elle se rompt et à peine pressée laisse écouler deux onces de sang. — J'irrigue sans drainer.

La trompe et l'ovaire opposés sont parfaitement sains. Le volume de l'embryon montre qu'il est âgé de 5 à 6 semaines. Cet embryon était situé sur le même plan qu'une membrane molle, entourée d'une grande quantité de sang coagulé ; la trompe était si mince qu'elle se serait rompue peu de temps après dans la cavité abdominale, si je n'avais pas opéré. L'histoire du cas et l'examen des pièces démontrent que les symptômes observés étaient dus à une rupture intra-tubaire pendant laquelle l'embryon a succombé. La dilatation de la trompe était due à une accumulation de sang.

Au bout de quelque temps la malade fut complètement guérie.

OBSERVATION VI.

Cas de grossesse tubaire — Les deux trompes gravides. — Opération — Guérison.
(Galabin, Britich med. Journ., 10 octobre 1892, n° 1657, pag. 732, résumé.)

S..., âgée de 33 ans, entre à Saint-Mary's Hospital (Manchester) le 7 août 1891. Elle se plaint de douleurs abdominales. Cinq grossesses, dont un avortement et un accouchement prématuré. Elle est réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Depuis deux ans mét.orrhagies abondantes et fréquentes.

Dernière menstruation en juillet, mais les règles ont manqué en mai et juin. Des douleurs dans le ventre au mois de juin ; à la même époque, nausées et douleurs aux seins.

Examen. — Utérus normal ; mobilité légèrement diminuée. Au niveau du ligament large gauche on sent une tumeur du volume d'une orange. — Palper et toucher très douloureux. La malade quitte l'hôpital et revient le 14 décembre. Les douleurs persistent ; les règles sont venues régulièrement, son état s'améliore et la malade sort.

Elle rentre de nouveau à l'hôpital le 12 février 1892; les règles ont manqué, en janvier et elle les a eues il y a deux jours. A l'examen, l'utérus et la tumeur présentent les mêmes caractères qu'au premier examen, mais à droite de l'utérus on constate une tuméfaction paraissant kystique.

Opération 26 février. — Laparotomie. La veille, elle eut subitement de vives douleurs dans le bas-ventre avec quelques vomissements et défaillances. Incision de la paroi abdominale. Péritoine épaissi. Il s'écoule de la cavité abdominale du sang avec quelques caillots. Les doigts introduits dans l'abdomen sentent une tuméfaction kystique au niveau du ligament large gauche; à droite, il y a une tuméfaction semblable.

On attire difficilement au niveau de l'incision la tumeur droite qui est constituée par la trompe droite distendue par du sang. On lie le ligament large droit et excise la trompe et l'ovaire. La tumeur gauche constituée par la trompe est aussi enlevée. Large irrigation du péritoine avec de l'eau chaude stérilisée. Suture de la paroi. Drainage avec un tube en verre.

Suites de l'opération absolument normales.

Examen des pièces fait par M. Sutton. Les pièces à examiner sont deux trompes de Fallope. La gauche, plus considérable que la droite, contient un œuf dont l'embryon, saturé de sang, est long de 6 cent.

Dans l'intérieur de la trompe droite il y avait une môle tubaire, mais on ne peut découvrir l'embryon. L'examen microscopique de cette trompe permet de constater des villosités chorioniques. Donc, conclut Sutton, il s'agit d'une double grossesse tubaire, plus avancée dans la trompe gauche.

OBSERVATION VII.

Grossesse extra-utérine (tubaire) de cinq mois. — Laparotomie. — Guérison.
(Routier; Société chirurg., mars 1893.)

Il s'agit d'une femme de 34 ans, ayant eu deux enfants bien portants, sans accidents puerpéraux, le dernier, il y a sept ans.

En juillet 1892, les règles manquèrent; dès la fin du mois, je fus mandé auprès d'elle pour des douleurs abdominales, et parce que, disait-elle, elle avait quelque chose d'extraordinaire. Je pensai à une grossesse ordinaire; en septembre, l'utérus était gros, le col mou, rien d'anormal ne fut perçu; je confirmai l'opinion de la grossesse.

Au commencement d'octobre, pendant une absence que je fis de Paris, cette femme eut une légère perte, qualifiée de fausse couche par son médecin, qui ne trouva pas de fœtus dans les caillots, mais quelques peaux, me dit-il. Cependant, au commencement de novembre, la malade croyait sentir remuer.

A la fin de décembre, je fus rappelé ; cette fois tout était plus clair. L'utérus, redevenu petit, normal, le col dur, était flanqué sur son côté gauche d'une tumeur plus grosse que le poing, peu mobile, douloureuse à la pression.

Le volume du ventre avait depuis vingt jours beaucoup diminué.

Je n'hésitai pas à affirmer que nous étions en présence d'une grossesse extra-utérine, la mort du fœtus devant avoir eu lieu au moment de ce pseudo-avortement.

Je conseillai l'opération, et voici les pièces. Les adhérences au petit bassin étaient très solides ; quelques appendices épiploïques étaient aussi adhérents, mais j'ai pu pédiculiser le kyste fœtal, dont les membranes étaient près de se rompre près de la tête.

La jeune femme va très bien, elle se lèvera cette semaine.

OBSERVATION VIII.

Grossesse tubaire traitée par la laparotomie.

(Terson ; Société anatomique, mars 1891.)

Femme G..., Adélaïde, journalière, 34 ans, couchée salle Lenoir, n° 11, hôpital Necker.

Antécédents héréditaires.— Rien de bien intéressant. Père et mère morts d'affection inconnue ; seize frères et sœurs, dont quatorze morts en bas âge.

Antécédents personnels.— Bonne santé générale.

Réglée à 12 ans : depuis cette époque jusqu'à ces derniers temps, menstrues fort régulières.

Il y a dix ans, la malade a eu une fille ; grossesse sans incident. Présentation du sommet. Accouchement normal. Suites normales. Retour des couches après six semaines.

Il y a cinq ans, la malade fait une chute d'une échelle et tombe assise ; elle a perdu du sang par le vagin, en caillots, pendant près de deux mois ; il n'y avait eu aucun retard dans les règles et la malade n'avait pas de signes de grossesse. Il y a eu, de plus, pendant les

jours qui ont suivi cette chute, un commencement de péritonite. La malade a été traitée pendant ces deux mois à l'hôpital Beaujon.

Depuis cette époque, elle a toujours un peu souffert du ventre ; obligée du reste de se livrer à des marches et à des travaux pénibles ; mais aucun trouble génital.

Elle s'est mariée, il y a six mois, et s'est bien portée pendant les quatre premiers mois. Le 27 novembre, les règles attendues n'ont pas paru ; la malade a eu des crises, des douleurs violentes dans le bas-ventre, surtout du côté droit ; un peu de fièvre et des vomissements. Pas d'augmentation de volume des seins. Le ventre n'avait pas notablement changé de volume. Elle a souffert ainsi jusqu'au 15 décembre de ces douleurs, qui étaient en somme survenues brusquement et sans cause appréciable, et qui ont entraîné plusieurs syncopes.

Le 15 décembre, les règles réapparaissent après un retard de quinze jours à peu près, elles durent cinq jours et elles sont plus abondantes que d'habitude. Le ventre s'est notablement gonflé pendant ce temps-là et les douleurs sont devenues encore plus violentes.

Elles ont continué après la cessation des règles ; le ventre, tendu, était excessivement douloureux. Un médecin, appelé, fit le diagnostic et le traitement d'une péritonite. Vomissements très abondants, hoquet, fièvre.

Finalement, le 29 décembre, la malade entre à Necker, dans le service de M. Rendu : on la soigne pendant une douzaine de jours pour des phénomènes graves de péritonite aiguë. Cet état s'améliore peu à peu jusque vers le 23 janvier, moment où la malade attendait de nouvelles règles. L'écoulement menstruel n'apparaît pas, mais il y a une violente poussée abdominale. Le ventre s'accroît notablement de volume ; fièvre, vomissements, phénomènes de réaction péritonéale qui diminuent assez rapidement.

Il faut ajouter que le diagnostic de grossesse extra-utérine, avec rupture dans le péritoine, avait été porté par M. Rendu.

La malade passe en chirurgie le 2 février.

Etat général satisfaisant, plus de fièvre ; petite poussée fébrile, rares phénomènes abdominaux importants, huit jours après l'entrée de la malade.

Examen de la malade. — A la palpation abdominale, rendue difficile par l'hyperesthésie du ventre, on sent une masse arrondie remontant à cinq travers de doigt à peu près au-dessus du pubis, résistante,

rénitente, sans fluctuation marquée, située nettement à droite, à peine un léger empâtement à gauche.

Au toucher vaginal, on trouve le col un peu ramolli; dirigé un peu à gauche et en avant, le cul-de-sac postérieur est un peu empâté, rien à noter à gauche. C'est à droite en arrière et en avant, englobant l'utérus, dont on ne peut délimiter le fond, que se trouve la tumeur qui paraît plus grosse que les deux poings. Sensation de résistance à ce niveau; poche très douloureuse, tendue dans le cul-de-sac droit effacé. La masse dépasse la ligne médiane, et on la sent presque directement sous la paroi abdominale. Mais elle se prolonge à peine vers la gauche.

Hystérométrie. — Le cathéter s'arrête à 3 centim., on sent une très vive résistance en ce point et on s'arrête.

M. Le Dentu porte le diagnostic d'hématocèle péri-utérine, résultant probablement d'une grossesse extra-utérine rompue.

Opération le 12 février. — Après incision du péritoine on tombe sur une masse blanchâtre grosse comme une tête de fœtus dépassant la ligne médiane à droite et à gauche. Aux premières manœuvres d'enlèvement, la tumeur se crève et laisse écouler une grande quantité de caillots gelée de groseille. Peu à peu l'intérieur tomenteux de la poche apparaît et l'on retire avec des caillots énormes un embryon un peu macéré. L'utérus était absolument coiffé par la poche qui lui était fort adhérente; brides péritonéales au cul-de sac de Douglas. En réalité, après décortication des adhérences, on arrive sur le bord gauche de l'utérus en suivant toujours la poche. Le gros intestin lui est légèrement adhérent en ce point, mais se dégage facilement. En avant la vessie, très adhérente, est peu à peu détachée. On finit par isoler la poche au point d'avoir un pédicule de la grandeur d'une pièce de un franc. Ligature en chaîne. Anse de fil de soie par dessus. Hémostase parfaite. Abondant lavage péritonéal à l'eau bouillie entraînant de nombreux caillots. Suture à 3 étages. Catgut. Crins de Florence. Pas de drain. La malade a guéri parfaitement. Les fils ont été enlevés le dixième jour, et la malade a quitté l'hôpital le 8 mars.

Examen des pièces. — La pièce se compose d'une poche que les manœuvres opératoires ont divisée en deux larges fragments.

La première moitié, irrégulièrement quadrilatère, correspond à la partie antérieure de la poche; elle est percée d'une déchirure que le doigt de M. Dentu a pratiquée et par où sont sortis les caillots, dès le

début de l'opération. Cette portion de la poche est fort notablement plus mince que la suivante; aux bords de la partie déchirée elle a 3 ou 4 millim. d'épaisseur; cavité du volume des deux poings.

La deuxième moitié de la poche, fort déchiquetée aussi, est très épaisse; sur certains points, cette épaisseur va jusqu'à 4 centim. Sur la partie postérieure et inférieure de l'intérieur de la cavité, insertion d'un fœtus, probablement de 4 mois environ, par un cordon d'une longueur d'à peu près 15 centim. Le fœtus est à peine macéré.

L'intérieur tomenteux de la poche, rempli de caillots, est tapissé par une sorte de placenta.

L'examen histologique a été pratiqué par M. Petit au laboratoire de la Clinique, et voici la note qu'il a eu la complaisance de nous remettre :

« Nous avons détaché de la poche, en deux endroits où elle semblait plus épaisse et formée de tissus organisés, deux fragments destinés à l'examen histologique.

L'un d'eux nous a présenté les éléments constitutifs de l'ovaire en voie de sclérose.

Le second, épais de plus de 1 centim., semble provenir de la trompe. Il présente de l'extérieur à l'intérieur :

1° Une couche conjonctivo-musculaire, à fibres lisses notablement hypertrophiées, surtout vers l'extérieur;

2° Une couche conjonctive lâche;

3° Une couche embryonnaire doublée d'une couche fibreuse à la surface de laquelle nous avons rencontré quelques cellules déciduales très nettes et des débris de villosités choriales. »

OBSERVATION IX.

Grossesse extra-utérine (tubo-abdominale.)¹

Une femme âgée de 32 ans entre à l'hôpital Beaujon le 2 septembre dans le service de M. Fernet.

Mariée à 25 ans, elle a eu quatre enfants avec de bonnes couches. Jamais de pertes blanches avant son mariage ni dans l'intervalle de ses trois premières couches. Il y a dix mois, après sa quatrième couche elle se sentit fatiguée plus qu'elle ne l'avait été après ses couches

¹ Communiquée à la Société anatomique de Paris, le 20 octobre 1891, par Tuffier et Rodriguez.

antérieures. Sept mois après sa quatrième couche, elle commence à perdre en blanc. Elle avait toujours été bien réglée. Cependant, vers le huitième mois, ses règles, qui auparavant duraient cinq jours, ne durèrent que deux ; elle eut, en compensation, des douleurs très vives au périnée, douleurs qu'elle compare à un coup de couteau. Ces douleurs remontèrent, le même jour, vers le ventre, qui se ballonna. C'est deux jours après ces manifestations qu'elle entre à l'hôpital.

La moyenne de sa température est de 38°,5. Elle n'a pas d'appétit, mais une soif très intense. Au sixième jour de son séjour à l'hôpital, elle commence à perdre en rouge. Ces pertes vont en augmentant jusqu'au quatorzième jour. C'est à ce moment qu'elle passe en chirurgie.

M. Tuffier l'examine. Il sent à la palpation dans la fosse iliaque droite une tuméfaction dure, légèrement rénitente et mal limitée.

Peu de chose du côté gauche. Au toucher, le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur pâteuse, le cul-de-sac droit, très douloureux, est également empâté. Col dévié en arrière, utérus en antéversion. On fait le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine, coiffant tout le corps de l'utérus en arrière et en haut, hématocèle qu'on croit due à une grossesse extra-utérine.

La malade est opérée le 2 novembre. On trouve, en effet, une masse de caillots, les uns anciens, les autres plus récents, occupant la face postérieure de l'utérus et empiétant sur tout le côté droit. Au milieu des caillots, on trouve : la trompe droite volumineuse, rouge et sa grosse extrémité excavée et recouverte de caillots assez récents. Parmi ceux-ci on en distingue un, allongé, large de 2 à 3 centim. et long de 6. On constate que c'est un fœtus, très bien conservé, non macéré, n'ayant subi aucune dégénérescence. Ce fœtus était logé dans l'excavation de la trompe et maintenu au fond de cette excavation par son cordon absolument intact.

En somme, grossesse tubo-péritonéale très nette.

On fit une ligature au ras de la corne utérine et on enleva la trompe que j'ai l'honneur de vous présenter ; le petit bassin fut débarrassé de tous les caillots qu'il contenait. On ne fit ni lavage, ni drainage ; le péritoine fut réuni ainsi que les téguments par quatre plans de sutures superposées. En somme, réunion par première intention. Pansement à la gaze iodoformée.

La malade, qui est au sixième jour de son opération, se porte très bien.

OBSERVATION X.

Grossesse extra-utérine.

(Watkin ; Amer. Journ. of Obst., avril 1893.)

M^{me} Alice S. ..., âgée de 29 ans, mariée depuis douze ans, a eu un enfant il y a onze ans, et un avortement il y a sept ans. Trois ans avant, ses règles manquèrent une seule fois et elle présenta des symptômes qui m'ont suggéré l'idée d'une grossesse extra-utérine. Réglée à l'âge de 13 ans, elle l'a été régulièrement, sauf l'exception mentionnée plus haut. Ses dernières règles, elle les a eues le 27 juillet 1892. Le 7 août, j'ai vu la malade en consultation avec le Dr Georges E. Keith. Il l'avait traitée pendant tout l'été pour une ancienne inflammation pelvienne, qui était probablement due à la grossesse tubaire survenue il y a environ trois ans. Le 2 août, une semaine après ses règles, elle fut prise de violentes douleurs dans la région inguinale gauche et deux jours après elle eut une métrorrhagie qui la soulagea un peu. L'examen physique révèle un utérus gros, en antéflexion, dont le col était ramolli et à sa partie gauche et postérieure une tumeur molle et fluctuante. Cet examen confirma le diagnostic de grossesse tubaire gauche que le Dr Keith avait déjà porté. Le 12 août, la malade fut admise à Saint-Luke's Hospital (à Chicago) pour se faire opérer.

Opération. — Le 16 août, jour fixé pour l'opération, la malade sentit subitement de violentes douleurs dans la région inguinale gauche. A 2 heures je sectionnais la paroi abdominale. La cavité péritonéale contenait une chopine environ de sang frais. La trompe de Fallope gauche était dilatée et rompue comme le démontrent les pièces que je vous présente. Le ligament large gauche était distendu par du sang coagulé. Une fois la trompe de Fallope gauche enlevée, la cavité pelvienne et abdominale attentivement lavée par des tampons et la toilette du péritoine faite, l'incision fut refermée par la méthode ordinaire.

La malade se rétablit promptement. La température ne dépasse pas 100° F, et trois semaines après la malade sortit de l'hôpital.

Examen des pièces. — Le Dr Fred Byron Robinson examina les pièces et me communiqua la note suivante : « La pièce est constituée par une trompe de Fallope et contient des restes de deux membranes fœtales : c'est-à-dire du chorion et de l'amnios. La paroi de la trompe

est irrégulièrement amincie; en certains points cet amincissement est tel que les rayons lumineux passent à travers la paroi constituée par le péritoine seul; c'est à peine si on voit quelques fibres musculaires. La trompe est tellement dilatée que les fibres musculaires sont séparées en différentes parties. Au-dessus du sac, le péritoine est épaissi et surtout là où la couche musculaire est absente ou extrêmement mince. La partie qui forme le placenta de la femme adhère sur une petite étendue de la périphérie du chorion de l'œuf. L'ouverture du sac se trouve sur un point de la surface de l'œuf, où le chorion est atrophié. C'est probablement la partie du kyste qui était la plus distendue.

Le sac chorial (durci dans l'alcool) mesure un pouce et demi de longueur sur un pouce de diamètre; on y reconnaît cependant la forme de la trompe. L'amnios se distingue facilement du chorion, il n'y a pas de fœtus dans son intérieur. Avant la rupture, le sac chorial mesurait probablement deux pouces sur un pouce et demi. La paroi du chorion durci mesure à sa partie la plus épaissie un tiers de pouce.

L'extrémité frangiale de la trompe est hermétiquement fermée par un processus inflammatoire. La gestation s'était donc faite dans une dilatation tubaire. Il est à noter aussi que les fibres musculaires de la trompe qui se sont hypertrophiées le plus sont les longitudinales. Un fort grossissement montre assez distinctement cette disposition. Les muscles circulaires sont aussi hypertrophiés mais moins que les muscles longitudinaux. Cette hypertrophie des muscles longitudinaux explique les plicatures constatées sur la trompe après son ablation. Les muscles longitudinaux irrégulièrement développés donnent une forme spiroïde à la trompe. L'enroulement de la trompe sur elle-même se voit à l'œil nu; les plis ainsi formés sont larges d'un huitième à un sixième de pouce au moins et apparaissent sous la forme de cordons longitudinaux; à la surface intérieure de la trompe on voit aussi quelques fibres entre-croisées. La muqueuse se détache facilement de la musculaire et laisse voir des faisceaux de fibres musculaires entremêlées à des fibres du tissu conjonctif; quelques-uns de ces faisceaux sont séparés entre eux par un espace d'un huitième de pouce.

La surface viscérale du péritoine est polie, glissante et normale. La grossesse devait être d'environ huit semaines lorsqu'elle s'est rompue. Le fœtus fut probablement perdu, lorsqu'on lavait le péritoine. Le chorion adhérait si peu à la paroi tubaire qu'une faible traction l'en

séparait facilement. Lorsque le chorion fut séparé de la paroi tubaire, celle-ci apparut mamelonnée comme la membrane placentaire détachée du cochon, dont le placenta est très étendu. »

OBSERVATION XI.

Rupture de grossesse extra-utérine. — Laparotomie. — Guérison.
(Ruffus Hall ; Amer. Journ. of Obst., décembre 1892.)

M^{me} H..., âgée de 30 ans, mariée depuis huit ans, a eu un enfant il y a six ans.

Je la vis pour la première fois avec le D^r Van Zant. Régulièrement réglée du 16 au 20 de chaque mois. Le 25 novembre, elle a eu une hémorrhagie de quelques heures de durée avec douleurs et collapsus. Son médecin la soigne pendant quelques jours et son état s'étant amélioré il la considère comme en voie de guérison; mais dans la nuit du 5 janvier elle a de nouveau des douleurs et un collapsus. Je la vois le lendemain avec le D^r Van Zant. Elle était revenue un peu du shock et son pouls quoique très rapide était comptable. Le diagnostic de grossesse extra-utérine que son médecin avait fait, fut accepté et la malade, transportée à l'hôpital, fut surveillée attentivement; tout était préparé pour une opération en cas d'aggravation de l'état de la malade, mais le pouls tombe graduellement et, le lendemain, arrive à 140.

Opération. — Elle est faite le 7 janvier dans l'après-midi. L'abdomen ouvert, une chopine et demie de sang s'échappe ayant les caractères du sang frais; après on enlève une autre chopine environ de sang foncé, presque noir et coagulé. Je lie le sac et j'enlève le fœtus qui se trouvait dans la masse du sang coagulé; ce fœtus a une longueur de 2 pouces et demi. La cavité est irriguée et drainée et la malade guérit au bout de quatre semaines.

Il ressort de l'examen que j'ai affaire à une rupture intra-péritonéale et en considérant les caractères du sang je pense que cette rupture s'était faite pendant les violentes douleurs que la malade a eues le 16 décembre, mais l'ouverture n'était pas assez étendue pour permettre à toute la masse fœtale de passer dans l'abdomen.

Lorsque, le 5 janvier, il s'est produit une nouvelle attaque de douleurs et de collapsus, la déchirure a été plus grande et l'hémorrhagie plus abondante.

OBSERVATION XII.

Rupture de grossesse tubaire de quatre à cinq semaines. — Hématocèle.
consécutive. — Laparotomie. — Guérison.

(Ruffus Hal' ; Amer. Journ. of Obst., décembre 1892.)

M^{me} S..., âgée de 24 ans, mariée depuis cinq ans, sans enfants, vient me consulter le 30 juillet 1892. Elle me raconte qu'ayant souffert de pesanteurs dans le bas-ventre peu après son mariage, elle fut traitée par un grand nombre de médecins pour une salpingite chronique qui ne fut pas améliorée ; elle ajoute que depuis deux semaines son état empire et qu'elle s'attend à avoir ses règles ; celles-ci vinrent et quoique en retard durèrent dix jours. Elles furent mieux supportées que jamais. A l'examen, je trouvai l'ovaire gauche adhérent ; au niveau de l'ovaire droit les parties étaient si sensibles que je ne pus pas constater l'existence de tumeur, mais à peine une sensation vague de mollesse. Je la vis deux fois par semaine jusqu'au 20 août ; chaque fois je l'examinai sans arriver à un résultat satisfaisant, vu la poussée aiguë dont elle souffrait. La dernière fois (20 août), je décidai de l'opérer sur-le-champ, parce que je la trouvais plus mal et que son état général s'altérerait rapidement. Elle ne semblait pas avoir maigri à cause de son embonpoint antérieur, mais elle avait pâli et perdait ses forces.

Elle accepta l'opération, qui fut faite à Presbyterian Hospital le 25 août 1892. La cavité abdominale ouverte, je fus très surpris de trouver une grande quantité de sang coagulé et pour la première fois je me rendis compte que j'avais affaire à une grossesse extra-utérine. Je liai immédiatement le sac qui contenait encore la membrane déciduale et j'enlevai l'ovaire et la trompe opposés, qui étaient adhérents. J'avais enlevé en tout trois chopines de sang coagulé.

Impossible de trouver le fœtus. Le sac n'était pas plus gros qu'une orange et s'était rompu probablement lors des douleurs violentes que la malade avait eues dans l'abdomen vers le 23 juillet. C'était probablement une grossesse de 4 à 5 mois tout au plus. La cavité abdominale fut irriguée et drainée, et la malade guérit promptement.

OBSERVATION XIII.

Rupture de grossesse tubaire. — Collapsus. — Laparotomie. — Guérison.

(Nammack ; Amer. Journ. of Obst., avril 1893.)

Le D^r Charles Nammack présente des pièces provenant d'une femme qui a été opérée le 15 février. Cette femme a eu deux grossesses antérieures ; la naissance du premier enfant, en 1885, a été suivie d'un abcès pelvien ; le second enfant est né en janvier 1890. En 1892, elle a eu un avortement de six mois environ, qui lui occasionna une légère péritonite.

Le 28 janvier 1893, dans le cours de la sixième semaine de sa quatrième grossesse, elle fut prise de douleurs abdominales intenses et de vomissements accompagnés d'une dilatation du côlon. Ces symptômes se calmèrent sous l'influence d'une médication opiacée et deux cliniciens pensèrent qu'ils étaient dus à des coliques intestinales.

Le 13 février, des douleurs violentes et des vomissements apparurent de nouveau avec un écoulement séro-sanguin de l'utérus, et la malade expulsa un fragment de membrane déciduale. L'utérus paraissait un peu hypertrophié, et on constatait à son côté gauche l'existence d'une tuméfaction.

Le 14 février, des symptômes d'hémorrhagie interne se déclarent et un gynécologue proposa de transporter la malade à l'hôpital pour lui faire la laparotomie.

Elle revient d'un collapsus partiel, mais à 2 heures de l'après-midi les symptômes du collapsus reparurent et un autre gynécologue qui fut appelé en consultation pensa qu'il n'était pas prudent de l'opérer chez elle et conseilla de la transporter à l'hôpital.

La proposition ne fut pas acceptée et deux heures plus tard le D^r Lange fut mandé et l'opéra chez elle. La trompe de Fallope gauche fut trouvée rompue et l'œuf libre dans la cavité abdominale. La malade se porte bien aujourd'hui.

Le D^r Nammack fait remarquer que cette observation est importante à deux points de vue : 1^o parce qu'elle démontre que la suppuration pelvienne a favorisé le développement d'une grossesse tubaire et 2^o parce qu'elle enseigne que la laparotomie peut être pratiquée avec succès dans le plus pauvre quartier de la ville, si l'opérateur et ses instruments sont d'une propreté absolue.

OBSERVATION XIV.

Grossesse tubaire de six semaines. — Rupture de la trompe. — Laparotomie.
— Guérison.

(D^r Duchamp, agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, Lyon médic.,
23 août 1887.)

Le 18 juin 1887, j'ai été appelé par mon excellent confrère et ami, le D^r Nodet, du Chambon-Feugerolles, auprès d'une de ses clientes présentant depuis quelques heures tous les signes d'une perforation aiguë du péritoine.

Cette dame, âgée de 31 ans, avait eu à la suite de deux accouchements (trois ans et demi et deux ans auparavant) une poussée de pelvi-péritonite terminée rapidement par la résolution. Depuis lors, pas de nouvelle grossesse, santé générale bonne.

M^{me} V... avait eu ses règles le 30 avril 1887. Le mois de mai avait été marqué par de l'anémie et quelques palpitations sans lésion cardiaque. Le 30 mai, absence des règles ; M^{me} V... a seulement la migraine qui accompagne d'ordinaire chez elle chaque époque menstruelle. Il n'y avait aucun trouble digestif, et l'absence des règles faisait seule penser à un état de grossesse.

La santé était parfaite lorsque le 17 juin, à 4 heures du soir, faisant un travail de couture, M^{me} V... ressentit brusquement dans le ventre une douleur déchirante. Défaillances, vomissements, pâleur de la face. Le D^r Nodet, appelé à 8 heures, trouve le ventre un peu ballonné, douloureux à la pression, surtout dans l'épigastre et les hypochondres. Le pouls est imperceptible, les lipothymies continues ; la face est pâle. Les renseignements fournis par la famille font songer au D^r Nodet à une péritonite par perforation due à un ulcère de l'estomac avec une abondante hémorrhagie interne. Opium, glace.

Le lendemain, à 1 heure, je vois la malade. Son ventre, fortement ballonné, est sonore dans toute son étendue. La douleur à la pression est plus marquée dans la région sous-ombilicale. Les vomissements sont fréquents, porracés. La face est pâle, la peau moite, le pouls presque imperceptible. Le toucher vaginal négatif ; la consistance du col à peu près normale.

La malade, plus calme que la veille, peut répondre aux questions,

et l'on établit nettement alors que la douleur atroce du début occupait la partie inférieure du ventre, au-dessus du pubis, et qu'elle a été suivie tout aussitôt de ténésme rectal et d'épreintes pendant une demi-heure.

Le diagnostic de perforation du péritoine et d'hémorrhagie interne s'imposait; le siège de la douleur du début et les épreintes rectales permettaient de localiser la rupture dans le bassin. La suppression des dernières règles, chez une femme à époques régulières, permettait de croire à une grossesse, et, dans l'état, il était probable que cette grossesse était la cause de tous les accidents.

Nous basant sur ce diagnostic, nous proposâmes la laparotomie, qui fut acceptée. L'opération fut pratiquée à 5 heures du soir, vingt-cinq heures après le début des accidents. J'étais assisté directement par le D^r Nodet. Le D^r Jouannaud, de La Ricamarie, donnait avec précaution le chloroforme.

La vessie est vidée et la paroi abdominale soigneusement désinfectée. Pas de spray. A l'ouverture du péritoine, un flot de sang noir s'échappe, entremêlé de caillots. Cette masse, recueillie par M. B..., pharmacien, parent de l'opérée, a été évaluée par lui à deux litres et demi environ. Le sang évacué, on fait, entre deux ligatures, la section d'une frange épiploïque tendue dans le champ opératoire. L'intestin, dont la surface est vascularisée, fait hernie à travers l'incision. Ne pouvant, à cause du ballonnement, le maintenir réduit et soulevé, je prends le parti de l'amener au dehors et de le renverser du côté de l'épigastre en l'enveloppant d'une pièce de gaze antiseptique trempée dans une solution boriquée tiède. Alors seulement je puis voir le petit bassin et le vider du sang qu'il contient. Je constate plusieurs brides péritonéales fixant l'utérus et ses annexes. Je trouve, parmi les caillots, un petit œuf de 2 centim. de diamètre environ, et enfin une perforation de la trompe gauche, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, à 2 centim. de l'utérus. Une aiguille de Cooper perfore le ligament large au-dessous de la trompe et au voisinage de l'utérus, et permet de passer deux fils de soie phéniquée, l'un liant la trompe et le ligament de l'ovaire; l'autre horizontal, passant au-dessous de l'ovaire et de la trompe, soulevés. Ovaire et trompe sont ensuite excisés. Le temps de la ligature était rendu particulièrement pénible par l'adhérence des parties.

Après la toilette du péritoine, l'intestin fut réduit et le ventre

refermé par une dizaine de points de suture à la soie phéniquée ; l'opération avait duré 25 minutes. Pansement de Lister avec iodoforme sur la ligne d'incision. Fixation du pansement avec des bandellettes de diachylon. Opium, glace, champagne, injections de morphine.

A partir du moment de l'opération, les vomissements porracés ont disparu. Quelques vomiturations attribuables au chloroforme ont persisté pendant trente-six heures. Au bout de quatre jours, une des sutures trop serrée est enlevée. Le fil, au moment de la fermeture du péritoine, s'était relâché, et je l'avais resserré en tirant sur ses extrémités avec des pinces, c'est-à-dire sans graduer la constriction ; aussi, la peau trop serrée s'était-elle mortifiée dans l'étendue de 1 centim. A ce niveau se forma un petit abcès de la paroi qui fit monter le thermomètre à 38°,8 (temp. axil.) le septième jour. Dès l'ouverture de cet abcès, la température redevenait normale.

Le lendemain de l'opération, le ballonnement disparaissait, le ventre était souple, non douloureux à la pression ; il n'y a eu aucune réaction du côté du péritoine.

Notons que deux jours après l'intervention est apparu un suintement sanglant qui a duré quatre jours.

L'état général de l'opérée s'est rapidement relevé ; aujourd'hui, 8 juillet, la face est colorée, le pouls et la température normaux, le ventre souple, non douloureux. Les digestions sont excellentes. La plaie opératoire est cicatrisée partout, sauf dans l'étendue de 1 centim., au niveau du point mortifié par la suture. Sans ce petit retard, M^{me} V... aurait déjà repris ses occupations habituelles.

La guérison est aujourd'hui complète.

OBSERVATION XV.

Rupture de grossesse extra-utérine. — Laparotomie. — Guérison.

(Lawson Tait ; *Prov. med. Journ.*, novembre 1889, *in* Gilchrist, th. Paris, 1890.)

A une heure de l'après-midi, le D^r Nelson, de Birmingham, me fit appeler auprès d'une malade (âgée de 26 ans), qu'il avait vue le matin. Elle se plaignait d'une douleur violente dans la partie supérieure de l'abdomen, douleur qui augmenta d'intensité et aboutit au collapsus. L'anémie aiguë, les symptômes classiques d'hémorrhagie abdominale et le fait d'un retard dans la menstruation firent penser

à la rupture d'une grossesse tubaire. On amena la malade immédiatement à l'hôpital, où je confirmai le diagnostic. J'ouvris le ventre; au dire d'un des spectateurs, le sang coula comme s'il l'on eût ouvert une bouche d'eau. Négligeant pour le moment le sang et les caillots, je me dirigeai droit au fond de l'utérus, et je constatai bientôt la présence d'une grossesse tubaire siégeant à droite. Je plaçai rapidement une ligature; on procéda ensuite à enlever le sang et les caillots et on ferma l'abdomen en y plaçant un drain. La femme ne perdit plus une goutte de sang. Voici les suites de l'opération. A 5 heures, température 36°, pas de pouls perceptible, excepté dans la région sus-claviculaire. Pupilles largement dilatées. Le seul signe de la vie est donné par le diaphragme, qui se contracte lentement. La face est terne et blême. A 11 heures, la température est montée à 38°, mais le pouls radial ne se montrait point encore. Ce ne fut que trente-huit heures après l'opération que l'on a pu apprécier le pouls. La guérison ne tarda pas à se faire.

OBSERVATION XVI.

Variété intra-ligamentaire de grossesse extra-utérine. — Rupture — Guérison
(Thomas; Lancet, août 1889, Gilchrist, *loc. cit.*)

M. K..., femme de boucher, mariée en septembre 1885. Après son mariage, elle n'eut ses règles qu'une fois avant de devenir enceinte. Fausse couche en décembre, sans qu'elle pût savoir la cause occasionnante, si ce n'était la nature de son travail qui l'obligeait à rester debout derrière le comptoir pendant plusieurs heures de la journée. Après sa fausse couche, malgré la présence d'une légère perte, elle continua son travail. La perte s'arrêta et elle eut ses règles normalement en février 1886. Nouvelle grossesse qui arriva au huitième mois, mais elle accoucha prématurément en octobre. L'accouchement fut très laborieux; les eaux s'écoulèrent le jour précédant la naissance de l'enfant. Le travail dura deux jours et demi: application infructueuse du forceps. La malade se remit assez bien, mais l'enfant, toujours chétif, succomba bientôt en décembre. Les lochies cessèrent au bout de quinze jours et les règles arrivèrent un mois plus tard. Mais elles durèrent davantage, quoique la quantité de sang n'augmentât pas. A la suite de ses dernières règles, en février 1887, elle se crut enceinte et en effet elle ne les eût pas en mars. En avril

1887, elle consulta son médecin: « sa matrice semblait lui peser et vouloir descendre », depuis le 16 et le 20 elle s'aperçut de quelques gouttes de sang tachant son linge. Le 23 avril, elle fut saisie d'une violente douleur dans la région hypogastrique, qui dura une heure et puis cessa. Même crise le jour suivant. La perte persistait toujours légèrement. Le 25, la douleur revient de nouveau, dure jusqu'à trois heures de l'après-midi, quand le médecin arriva. La malade accusait une douleur intense au-dessus du pubis et sur les côtés. Pouls bon. Rien d'anormal appréciable au toucher et à la palpation de la région douloureuse. La douleur persista du 25 au 27. Ce jour, à 8 heures du soir, elle subit une violente exacerbation.

On la croyait sur le point de succomber. C'est alors que je fus appelé. Elle était dans le collapsus (pâleur extrême, pouls filiforme, extrémités froides, etc.), elle avait eu des nausées suivies de vomissements. L'abdomen, très douloureux au toucher, ne permettait pas de faire un examen. On eut recours aux mesures ordinaires dans ces cas, en attendant la fin de la crise. Le jour suivant, on put constater une tumeur, au-dessus du bassin, remplissant le côté iliaque gauche. La douleur à partir de ce moment diminua. Le 30, elle expulsa une caduque volumineuse, ayant la forme de la cavité utérine. La perte alors cessa, pour reparaître pendant quelques jours et cesser de nouveau définitivement. L'hématocèle se résorba rapidement, et la malade guérit sans nouvel incident.

OBSERVATION XVII.

Rupture de grossesse extra-utérine.

(Martin-Durr; Société Anat., juin 1891.)

Sidonie S..., 38 ans, couturière, est amenée le 17 juin 1891, à une heure du matin, dans le service de M. le D^r Gouraud, à l'hôpital Cochin. Elle se plaint de violentes douleurs dans l'abdomen, qui est fortement distendu et meurt à trois heures du matin.

A l'autopsie on trouva le péritoine rempli par 2 litres 250 de liquide sanguinolent; une masse de caillots, du poids de 650 gram., remplit la fosse iliaque et la fosse lombaire gauches. Au milieu de ces caillots se trouve un fœtus de 140 gram.

Les caillots enlevés, le cordon fœtal amène sur le placenta, qui fait saillie à travers une ouverture irrégulière, située sur le côté interne de

l'extrémité inférieure du côlon descendant. Le placenta est encore adhérent à la partie profonde de la portion rupturée, c'est-à dire vers le fond du cul-de-sac de Douglas.

Examinant alors les organes du petit bassin, on voit que l'utérus a un volume au-dessus de la normale (la mensuration après l'ablation donna 12 centim. de hauteur). La trompe et l'ovaire gauches sont normaux.

La trompe droite, au contraire, contourne complètement le bord droit, puis la face postérieure de l'utérus, de sorte que son extrémité abdominale vient s'appliquer contre le côlon descendant. De fortes adhérences maintiennent cette trompe à droite avec le cæcum et la portion terminale de l'intestin grêle, en avant avec la face postérieure de l'utérus et à gauche par le côlon descendant et ses franges graisseuses. Mince dans sa portion utérine, cette trompe droite s'élargit peu à peu et sa portion externe dilatée remplit complètement la partie postérieure du grand bassin et le cul-de-sac de Douglas, repoussant l'utérus en avant et en haut.

Le péritoine est absolument normal.

La rupture a eu lieu dans l'angle gauche, à l'union de la trompe avec l'extrémité inférieure du côlon descendant. La trompe est remplie de caillots ; après leur ablation, on trouve une cavité admettant les deux poings. Il a été impossible de retrouver l'ovaire au milieu des bandes fibreuses qui fixent la trompe dilatée.

L'utérus ouvert montre la muqueuse du corps boursouflée et le col complètement oblitéré par un bouchon gélatiné de coloration jaune rougeâtre.

OBSERVATION XVIII.

Un cas de laparotomie au 10^e mois d'une grossesse extra-utérine.
(Professeur G.-E. Rein de Kiew ; résumé, *Annal. de Gynécologie*, 1892, février.)

Femme de 35 ans, cinquième grossesse. Au début du deuxième mois apparurent divers phénomènes morbides : métrorrhagie avec syncopes, douleurs abdominales, fièvre, vomissements qui cédèrent vers le milieu du troisième mois pour ne reprendre quelque intensité qu'au neuvième mois, à la fin duquel la malade se présenta à l'hôpital. Les signes objectifs étaient caractéristiques, le ventre développé comme dans une grossesse à terme, asymétrique, aplati à droite. Le palper abdominal

fait reconnaître le fœtus en position oblique, ses mouvements sont vifs, son cœur bat 150 fois par minute; le souffle placentaire s'entend à gauche et la main appliquée à ce niveau perçoit une sorte de frémissement cataire. Le kyste fœtal est peu mobile, au-devant de lui et remontant jusque vers l'ombilic se trouve l'utérus. L'hystéromètre y pénètre à 17 centimètres et demi et se dirige vers l'angle gauche; le col est ouvert et le doigt entre facilement au delà de l'orifice interne.

Diagnostic: grossesse tubaire transformée au deuxième mois en intra-ligamenteuse par rupture de la trompe; fœtus vivant. L'opération fut exécutée le 14 février 1890, huit jours après l'entrée de la malade, au dixième mois de la grossesse. Elle présenta les particularités suivantes: l'incision du kyste porta sur le placenta, d'où hémorrhagie abondante aussitôt arrêtée par la compression digitale des bords de la plaie; l'enfant fut enlevé vivant, l'énucléation du kyste fœtal présenta des difficultés considérables, car il se trouvait intimement adhérent au méso de l'S iliaque, à l'épiploon, à l'utérus. L'opération dura une heure quatre minutes. Un tube à drainage en verre fut laissé dans la cavité de Douglas. Dans le cours de la convalescence il n'y a à noter que l'expulsion très douloureuse des fragments de la caduque utérine. La température ne dépasse pas 38°,7; les sutures furent enlevées le huitième jour; au moment de la communication l'opérée est absolument apyrétique et en voie de rétablissement, tout en portant encore un petit drain. L'enfant venu au monde avec un poids de 3,200 grammes pèse actuellement 3,170 grammes et se porte bien. Son crâne est asymétrique, aplati à gauche. Le poids du placenta était de 1,152 grammes.

OBSERVATION XIX.

(Personnelle.)

(Recueillie dans le service de M. le professeur TÉDENAT.)

Grossesse extra-utérine de 20 mois. — Laparotomie. — Guérison.

La nommée Marie R..., âgée de 24 ans, sans profession, habitant Narbonne, entre, le 31 octobre 1891, à l'Hôpital Suburbain, villa Fournier, n° 6, au service de M. le professeur Tédénat.

Antécédents. — Mariée depuis six ans, elle n'a jamais eu d'en-

fants ; elle a des pertes blanches peu abondantes depuis trois à quatre ans. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans. Ses règles duraient, au début, quinze jours pendant plusieurs années ; actuellement, elles ne durent que huit jours, elles sont abondantes et reviennent régulièrement le 20 de chaque mois. Elle n'a pas eu d'autres maladies.

Maladie actuelle. — Au mois de mars 1890, pour la première fois, la malade n'eut pas ses règles. Le mois suivant, les seins grossissent, et il coulait un peu de lait par les mamelons. A cette époque, la malade s'aperçut que son ventre grossissait ; cependant elle ne se sentait nullement fatiguée.

Le 25 juillet, sans cause appréciable, la malade eut de vives douleurs dans les reins, dans le ventre, dans les épaules. Ces douleurs coïncidèrent avec un gonflement plus considérable des mamelons, le lait coulait en plus grande abondance ; cette montée de lait dura une huitaine de jours ; immédiatement après, la malade ressentit des douleurs vives dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs revenaient par poussées dans la journée. Au bout d'un mois, ces douleurs diminuèrent d'intensité, mais n'en persistèrent pas moins jusqu'au mois d'octobre, obligeant la malade de garder le lit. A cette époque, la malade, sans cause apparente, expulse, par le vagin, «une peau», suivant son expression, sans accompagnement de sang ; à la suite de cet accident, les douleurs se calmèrent progressivement, la malade alla de mieux en mieux et les règles revinrent au mois de décembre ; elles sont devenues régulières. Les pertes blanches ont augmenté de quantité, depuis qu'elle est malade. La douleur de la fosse iliaque droite a été remplacée par des douleurs étendues à tout le ventre et moins fortes que les précédentes ; elles reviennent de temps à autre plusieurs fois par jour, mais parfaitement supportables. L'état général est bon ; elle a bon appétit et a repris son embonpoint.

A l'inspection du ventre, on voit une légère tuméfaction du

ventre, prédominante du côté droit. Au palper abdominal, on perçoit l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse orange et située au-dessous de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane. Cette tumeur est dure et mobile.

Par le toucher vaginal, on sent que le col est porté un peu en avant et on perçoit dans le cul-de-sac postéro-latéral droit une tumeur qui obéit aux mouvements imprimés à l'utérus par l'autre main appliquée sur la paroi abdominale.

En outre, il existe dans le cul-de-sac antérieur une tumeur très dure, qui paraît indépendante de la première. La pression de la tumeur est douloureuse.

L'auscultation des différentes régions du bas-ventre ne relève aucun bruit.

En présence de ces symptômes, M. Tédénat porte le diagnostic de *grossesse extra-utérine*.

Opération. — 4 novembre. Purgatif l'avant-veille et bain de sublimé la veille. Pansement antiseptique maintenu sur l'abdomen pendant deux jours; injections vaginales créolinées pendant plusieurs jours.

Anesthésie au chloroforme après injection hypodermique de morphine et d'atropine. Le sommeil est long à obtenir; la malade est un peu agitée. On rase le pubis et on antiseptise la région.

M. Tédénat fait une incision sur la ligne médiane allant de trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic à 1 centim. du pubis. La couche adipeuse sous-cutanée est très épaisse, de 2 centim. au moins. La gaine de droite est incisée, l'intersection fibreuse reconnue et incisée; il arrive sur le tissu cellulaire sous-péritonéal qui est incisé, puis sur le péritoine qu'il ouvre avec le bistouri et qu'il incise avec des ciseaux.

Il tombe alors immédiatement sur une tumeur dure, celle qui était sentie dans le cul-de-sac antérieur et qui n'est autre chose que la tête, un peu durcie du fœtus. Il sépare facilement le fœtus des adhérences qui l'unissent au grand épiploon et qui

sont nombreuses mais peu serrées. Il y est encapuchonné. On arrive alors sur la déchirure de la trompe droite qui a livré passage au fœtus et l'on constate une dilatation considérable de l'extrémité utérine de cette trompe ; néanmoins, le doigt introduit dans la trompe ne peut pénétrer dans l'utérus. Cette dilatation contient, en outre, le placenta, gros comme une petite pomme, mou, se déchirant facilement, qui est enlevé ainsi que le fœtus. Il était donc situé primitivement dans l'extrémité utérine de la trompe droite. M. Tédénat saisit alors entre les mors d'une forte pince à pression la partie dilatée de la trompe. Il passe à travers deux fortes broches en croix ; un tube élastique est placé au-dessous des broches, fortement serré par plusieurs tours et maintenu par une pince à forcepessure.

Le pédicule est cautérisé à plusieurs reprises ; la cavité abdominale est largement irriguée avec une solution salée à 7 ‰, puis séchée par des tampons.

Deux fils de soie tressée passant au-dessus et au-dessous du pédicule unissent alors son péritoine au péritoine pariétal. Puis il fait une rangée de quatre sutures profondes, comprenant tous les plans, et une seconde rangée de huit sutures superficielles ne comprenant que la peau.

Les pointes des broches sont protégées par des tampons de gaze iodoformée. Iodoforme sur la plaie ; de la gaze iodoformée, du coton stérilisé et un bandage de flanelle.

Après l'opération. Le pouls est à 64. La malade se plaint de souffrir des reins. On lui donne une potion à la morphine. Elle ne prend que du champagne, du rhum, de la glace et de l'eau de Seltz.

Soir. Temp. 37°,2; P. 96.

La malade se plaint toujours des reins. La langue est un peu blanche mais humide. Elle a des nausées. Elle n'a eu qu'un seul vomissement contenant uniquement l'eau ingérée. La malade est sondée deux fois.

5, matin. Temp. 37°; P. 86. La malade a mal dormi. Même état de la langue que la veille. La malade se plaint vivement de douleurs abdominales et dorsales. Ventre un peu ballonné. Elle a eu encore un vomissement aqueux.

Soir. Temp. 37°,7; P. 100. Même état. Les douleurs persistent. La malade a pris un bol de lait dans la journée.

6, matin. Temp. 37°,4; P. 92.

L'état général est bon. La malade a eu quelques hoquets. Il y a un peu de ballonnement du ventre.

Soir. Temp. 37°,9; P. 94. On lui fait une injection de morphine.

7, matin. Temp. 37°,5; P. 106. Le pansement est taché sur la fesse droite. La malade a eu ses règles cette nuit, bien qu'elles aient eu lieu huit jours avant l'opération. A part cela, l'état général est satisfaisant. Les douleurs abdominales se sont calmées; la langue est bonne. La malade prend deux bols de lait par jour.

Soir. Temp. 38°,1; P. 108.

8, matin. Temp. 37°,4; P. 116. Malgré la fréquence du pouls, le facies est bon, la langue un peu blanche mais humide. L'écoulement menstruel s'est arrêté à peu près complètement. Pas de douleurs abdominales bien vives.

Soir. Temp. 38°,4; P. 124.

9, matin. Temp. 37°,5; P. 96. État général un peu meilleur.

Soir. Temp. 38°,2; P. 116.

10, matin. Temp. 37°,5; P. 124. La malade se plaint d'étouffements qui la prennent à la gorge. Elle a quelques vents. Elle a essayé vainement d'aller du corps. On lui administre un lavement glycérimé. Ces étouffements ressemblent à la boule hystérique. La malade n'a pourtant jamais eu aucun accident d'hystérie. L'aspect de la malade est excellent. Elle ne souffre pas du ventre, elle demande à manger; la langue est bonne. On

lui donne seulement un peu de lait et 3 huîtres. Les règles se sont complètement arrêtées

Soir. Temp. 37°,9 ; P. 120.

11, matin. Temp. 37°,4 ; P. 116. La malade est allée du corps abondamment après un lavement. Même état général.

Soir. Temp. 38°,2 ; P. 112.

12, matin. Temp. 37°,4 ; P. 114. Même état général.

Soir. Temp. 38°,5 ; P. 108.

13, matin. Temp. 36°,6 ; P. 104. Malgré les recommandations, la malade a mangé un poisson hier et un petit oiseau aujourd'hui. On peut attribuer la fièvre d'hier en partie à l'excès d'alimentation. Néanmoins la malade n'a plus de douleurs, et l'état général est satisfaisant.

14, matin. Temp. 36°,7 ; P. 92.

Premier pansement. — Le pédicule est noir et desséché ; sous le pansement on trouve des caillots noirâtres très bien conservés. On enlève tous les points de suture. Pas de pus. On laisse le fil élastique et les broches. Pansement au naphtol et à la gaze salolée.

15, matin. Temp. 36°,2 ; P. 110. Même état général.

Soir. Temp. 37°,8 ; P. 112.

16, matin. Température normale, l'état général est bon. La malade commence à prendre une alimentation substantielle.

21. *Nouveau pansement.* Les broches et le pédicule tombent spontanément ; ils laissent à leur place une excavation étroite et peu profonde.

1^{er} décembre. *Nouveau pansement.* La plaie s'est en grande partie cicatrisée. On gratte ce qui reste de la plaie, et on met un point de suture à la soie.

9. La malade sort avec une ceinture hypogastrique. La plaie est complètement cicatrisée, à part quelques millimètres carrés qui ont à se couvrir d'épithélium.

M. Tédénat a revu M^{me} R... au mois de décembre 1892. Elle



FŒTUS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(Service de M. le Professeur TÉDENAT)

jouit d'une parfaite santé, est réglée régulièrement pendant cinq ou six jours, sans douleurs; leucorrhée insignifiante. La cicatrice est solide; utérus mobile en bonne position; les culs-de-sac vaginaux sont souples et indolores.

La planche ci-contre, d'après une photographie et un dessin que M. Tédénat a eu l'obligeance de nous prêter, représente le fœtus, dont la description suit :

EXAMEN DU FOETUS FAIT PAR M. LE PROFESSEUR KIENER.

Le fœtus mesure du vertex au coccyx 13 centim. 1/2.

Tête. — Elle est très asymétrique, fortement fléchie et portée un peu à gauche. Les principaux diamètres sont les suivants : inio-frontal 7 centim. 1/2 ; bipariétal 5 centim. Les os du crâne présentent un chevauchement dû probablement à la compression du fœtus pendant son développement intra-abdominal ; ainsi le bord antérieur du pariétal droit s'avance sur le frontal et en recouvre une partie ; la suture frontale n'est pas médiane, mais elle descend obliquement du bregma et se termine au milieu du bord supérieur de l'orbite gauche. Le frontal gauche s'avance sur le pariétal du même côté. Le frontal droit paraît un peu plus grand que le gauche, mais le pariétal droit est une fois et demie plus grand que celui du côté opposé. Quant à l'occipital, il est excessivement petit et atrophié.

Dans les orbites on distingue deux pointes noires qui sont constituées par la cornée. Les orifices du nez, de la bouche et des oreilles sont complètement fermés. Cette occlusion est probablement due à la membrane amniotique restée adhérente au fœtus. Un vestige d'oreille existe du côté gauche ; rien de pareil à droite.

A la face, un peu à gauche de la ligne médiane, le maxillaire supérieur perfore la peau et fait une saillie notable.

En défléchissant la tête, on déchire la peau du cou ; dans la

profondeur de la plaie, ainsi formée, on distingue nettement les sterno-mastoïdiens et les anneaux de la trachée.

Tronc. — Il est également très asymétrique. A sa face antérieure les deux clavicules font une forte saillie. Du côté droit, le thorax et l'abdomen sont enfoncés par les membres droits. La colonne vertébrale présente une double déviation cyphotique et scoliotique, à convexité gauche; l'omoplate gauche est saillante; la droite à peine appréciable et beaucoup plus bas.

Membres supérieurs. — Le membre supérieur gauche accolé contre le thorax, la face externe de la cuisse et la fesse du même côté, par la membrane amniotique aussi, présente des luxations multiples; ainsi le coude est luxé en arrière et le poignet en avant; les différents os de la main sont séparés au niveau de leur cartilage de conjugaison et sont appliqués contre la fesse gauche.

Le membre supérieur droit présente à peu près les mêmes lésions; le bras est accolé contre le thorax, le coude est luxé et l'avant-bras fléchi sur le bras; la main est complètement séparée du poignet et n'adhère à l'avant-bras que par une lanière de peau. La main ainsi détachée, est accolée contre la face interne de la cuisse droite.

Membres inférieurs. — La cuisse gauche est fléchie à angle droit sur l'abdomen; la jambe est fléchie sur la cuisse; le genou est luxé et la rotule aplatie contre les condyles fémoraux. Quant au pied, il est luxé en dedans et accolé à la face interne de la cuisse droite.

La cuisse droite est plus fléchie que la gauche, et la jambe est en extension; à sa partie moyenne, les deux os traversent la peau et se continuent complètement à nu. Quant au pied, il n'est constitué que par un petit appendice amorphe et pendant, qui se rattache à la jambe par une bandelette de peau.

OBSERVATION XX.

(Communiquée par M. le professeur Kiener.)

Grossesse extra-utérine de cinq mois environ. — Éclampsie, par compression des uretères, suivie de mort.

Note clinique. — Femme âgée de 25 ans, a eu une bonne santé jusqu'au moment de sa grossesse ; vivait dans l'aisance ; pas de grossesse antérieure ; nerveuse, mais n'ayant jamais eu d'accès hystériques, ni épileptiques ; pas d'antécédents névrosiques dans sa famille. A eu ses règles pour la dernière fois dans les premiers jours de janvier. Il y a un mois, survinrent des vomissements et un amaigrissement général ; en même temps elle s'aperçut de l'élargissement du volume du ventre et fut sujette à une constipation, nécessitant l'emploi journalier de lavements. Aucune trace d'œdème.

La maladie actuelle a commencé le 15 mai. Elle éprouva brusquement un éblouissement, immédiatement suivi de perte de connaissance ; cet accès dura seize minutes et laissa à sa suite un peu de faiblesse dans les membres du côté droit. Le reste de la journée se passa bien, et le lendemain elle put sortir. Dans la nuit du 17 au 18, convulsions qui durèrent toute la nuit avec perte de connaissance et coma.

Elle entre à l'hôpital le 18 mai au matin ; stupeur profonde, pas de réponses ; mictions involontaires ; apyrexie. Dans la soirée, deux petites crises convulsives. Le 19, on retire de la vessie 200 gram. d'urine jaune foncé ne contenant pas d'albumine. On reconnut à ce moment une grossesse, sans cependant pouvoir entendre les battements du cœur du fœtus. La tumeur était médiane, globuleuse et remontait jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Dans le flanc droit sur le côté du kyste fœtal, on reconnaissait en outre une tumeur piriforme, aplatie, mobile, grande comme un œuf, dont la nature ne peut

être précisée. La journée se passa dans un état de stupeur voisin du coma ; il n'y a pas de convulsions ; pas de fièvre.

Le 20, la malade reprit un peu connaissance comprenant les questions, mais sans y répondre ; elle réagissait au pincement de la peau ; la malade n'était plus dans la résolution complète comme la veille. Temp. 37°,3 matin et soir. Léger souffle au cœur, à la pointe et au premier temps.

Le 21, la connaissance un peu meilleure ; la malade demande à boire ; temp. 37°,8, aspect typhique, bouche sèche, narines pulvérulentes ; pouls petit et fréquent.

Le 22, même état ; temp. 38 ; dans la soirée, deux accès convulsifs.

Le 23, le coma redevient profond ; par moments cris et agitation ; Temp. 38°,2.

Le 24, même état que la veille ; Temp. 38°,3. Toujours aucune trace d'œdème ; face pâle. On fait un nouvel examen de l'urine ; couleur jaune foncé, densité 1014 ; chlorures 3 gram. par litre, phosphates 1^{gr},05, urée 12^{gr},6. Légères traces d'albumine.

Le 25, coma absolu ; mort. La température n'a pas dépassé 38°,3.

Autopsie. — Gracilité excessive du corps ; maigreur. Circonférence à la base de la poitrine 61 centim. ; taille 1 mèt. 53. Petit bassin : distance d'une apophyse antéro-supérieure à l'autre 25 centim. 1/2. Seins petits, d'où l'on fait sourdre une goutte de liquide lactescent. Traces de sudamina à la paroi du tronc. Pas d'œdème.

A l'ouverture de l'abdomen, on remarque que le petit bassin est occupé par une tumeur globuleuse et fluctuante, du volume des deux poings, occupant la région médiane et montant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sa surface est lisse et recouverte d'un lacis veineux qui lui donne une coloration rouge sombre. Elle adhère fortement en arrière à l'excavation

du sacrum et s'étend dans le cul-de-sac recto-vaginal ; on en reconnaît le relief par le toucher sur la paroi postérieure du vagin à 4 centim. de la vulve.

L'épiploon se réfléchit sur une partie de sa convexité et se confond avec sa paroi ; des adhérences fibro-cellulaires l'attachent à l'S iliaque.

L'utérus est complètement indépendant de la tumeur ; il a été refoulé en haut et à droite et n'est autre que la petite tumeur que l'on percevait par la palpation dans le flanc droit immédiatement sous la paroi abdominale.

Par le toucher vaginal on arrivait avec peine à trouver le col, à cause de l'élévation de l'utérus. En ouvrant le vagin on le trouve rempli de muco-pus, dont une grosse goutte sort de l'orifice du col un peu élargi et béant.

L'utérus a sa forme ordinaire, mais il est un peu augmenté de volume. En l'incisant on trouve sa cavité remplie d'un pus grumeleux et la muqueuse considérablement épaissie, rouge-sombre dans ses couches profondes, avec un revêtement blanchâtre, semblable à une croûte diphtéritique, par places ramollie.

Trompe et ovaire gauches. — Le ligament large du côté gauche avec la trompe et l'ovaire correspondant est étalé au-devant du kyste foetal, à la paroi antérieure duquel il adhère. La trompe, un peu allongée par tiraillement, est d'ailleurs sans lésion notable et perméable ; le pavillon est libre. L'ovaire est aplati contre le kyste foetal, un peu allongé et plus large, et moins épais qu'à l'état normal, sa structure est peu modifiée ; on reconnaît à la coupe des traces de corps jaunes atrophies, mais rien qui ressemble au corps jaune de la grossesse.

Trompe droite. — Elle s'insère à l'angle droit de l'utérus et se recourbe ensuite en arrière pour venir s'appliquer contre le kyste foetal, où elle s'aplatit et finit par se confondre avec la paroi de celui-ci, sans qu'on puisse distinguer aucun vestige du pavillon. En introduisant un stylet par l'orifice utérin de cette trompe,

on pénètre à une profondeur de 2 centim. environ, puis on est arrêté par l'atrésie complète du canal.

La veine utéro-ovarique du côté droit a le calibre du petit doigt, celle de gauche a le calibre d'une grosse plume d'oie.

Fœtus. — Après avoir détaché le kyste fœtal de ses adhérences avec la face antérieure du sacrum, on y cherche inutilement quelque vestige de l'ovaire droit. Par conséquent, il faut conclure que le kyste fœtal, en comprimant cette glande, l'a atrophiée.

En ouvrant le kyste on fait sortir l'eau de l'amnios, et on met à nu un fœtus bien conformé, non macéré, long de 28 cm. et pesant 480 gram.

Le cordon pèse 30 gram. et le placenta 350; il s'insère sur les deux tiers environ de la surface interne du kyste et paraît avoir la structure ordinaire.

Le fœtus est du sexe féminin. Le clitoris est proéminent; à sa base s'ouvre l'orifice de l'urèthre, d'où l'on fait sourdre quelques gouttes d'urine en pressant sur la vessie. Les petites lèvres sont bien dessinées; les grandes lèvres légèrement indiquées par un repli cutané en forme de fer à cheval. L'orifice du vagin est fermé par la membrane hymen. L'utérus est bien défini et à chacun des angles s'insère une trompe terminée par un pavillon, qui se recourbe autour de l'ovaire. Cette glande est allongée, cylindrique, longue de 6 à 7 mm. Les reins sont bien développés à leurs places et ont une surface bosselée qui rappelle la conformation du rein d'agneau.

La capsule surrénale est volumineuse; la rate est petite et sphérique; le foie est très volumineux et mou; le gros intestin, rempli de méconium, se termine par un appendice ilio-cæcal de 2 cm.

Les cavités pleurales sont formées; les poumons sont pourvus de tous leurs lobes; le thymus, volumineux, se prolonge dans le cou par deux cornes, qui se terminent à quelques millimètres du corps thyroïde; ce corps est bien formé ainsi que le larynx.

Le cœur est complètement développé avec ses quatre cavités.

Les membres sont bien proportionnés, les doigts et les orteils sont pourvus d'ongles. La face est bien conformée; le crâne montre une fontanelle antérieure triangulaire de dimension ordinaire; les os du crâne sont ossifiés et leurs bords libres sont fortement dentelés. Le cuir chevelu a déjà une coloration noirâtre due aux poils qui commencent à pousser.

Appareil urinaire. — La vessie vide et contractée, du volume d'une grosse figue, est aplatie contre le pubis. Les uretères contournant le kyste fœtal étaient comprimés dans leur trajet pelvien, et à partir du détroit supérieur du bassin jusqu'aux reins présentaient une dilatation considérable de leur calibre et étaient flexueux. Leur calibre équivaut à celui du pouce, ils sont remplis d'une urine claire, dont quelques gouttes sontensemencées aseptiquement sur gélose.

Les bassinets et les calices sont dilatés.

Le rein gauche pèse 134 gram.; le rein droit 150 gram. Ces organes sont pâles, jaunâtres, de surface lisse, faciles à couper; la surface de coupe est également pâle et jaunâtre, un peu onctueuse au toucher. Le rein gauche seul présente un peu d'hyperhémie dans sa zone intermédiaire.

Intestin. — Le kyste fœtal a refoulé à gauche le rectum et le commencement de l'S iliaque, qui sont de petit calibre. Brusquement, au moment où l'S change de direction et vient contracter des adhérences avec la paroi antérieure du kyste, son calibre augmente considérablement. La dilatation se continue dans toute la longueur du gros intestin, qui renferme une grande quantité de masses fécales dures. L'intestin grêle est normal ainsi que l'estomac. Rate normale.

Foie, volume ordinaire; poids 1,230 gram.; remarquable par sa pâleur; la coupe est onctueuse au toucher et paraît grasse.

Cœur, 215 gram., paraît un peu augmenté de volume; valvules saines.

Poumons : pâles, exsangues, même en arrière,

Pas de tubercules.

Cerveau : pas d'œdème sous-arachnoïdien ; petite quantité de liquide dans les ventricules. La substance cérébrale est très pâle mais d'apparence saine.

Il s'agit là, pour M. Kiener, d'une grossesse tubo-abdominale, dont le sac, par compression des uretères, a déterminé une rétention d'urine avec hydronéphrose consécutive, qui s'est terminée par l'urémie et la mort.

OBSERVATION XXI.

Grossesse extra-utérine. — Fœtus libre dans la cavité abdominale. — Laparotomie.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur GRYNWELT par
M. PUECH, chef de clinique ¹.)

La nommée C..., Louise, 27 ans, célibataire, entre à la Clinique le 5 janvier 1893, se croyant près du terme d'une grossesse dont elle fait remonter le début au 15 avril.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants. Dans ses antécédents pathologiques personnels, on ne relève qu'une fièvre typhoïde qui a évolué sans complications. Réglée pour la première fois à 16 ans, elle a toujours eu une menstruation irrégulière et peu abondante. Leucorrhée depuis cette époque. A l'âge de 21 ans, grossesse terminée à terme et naturellement par la naissance d'un enfant vivant, qui a succombé le troisième jour. La menstruation a reparu deux mois après, mais comme par le passé elle a continué à être peu abondante et irrégulière.

Dernière apparition des règles le 15 avril. Peu après se montrent les phénomènes habituels du début de la grossesse, qui ne laissent à la femme enceinte pour la seconde fois et intelligente aucun doute sur la réalité de cette dernière. En septembre, les

¹ Cette observation, communiquée à la Société de Médecine et de Chirurgie de Montpellier, a été publiée en grande partie dans le *Nouv. Montpellier médical*.

mouvements de l'enfant sont perçus pour la première fois, ne diffèrent en rien de ceux sentis lors de la grossesse antérieure. Mais à la date du 14 novembre ces mouvements acquièrent une intensité peu commune : ils deviennent tumultueux, au point, dit la malade, qu'elle en était gênée pour dormir. Cela dura pendant dix jours ; brusquement, le 24 novembre, ces mouvements disparaissent, et depuis lors ils n'ont plus été perçus. A cette époque aussi, la malade a remarqué que ses seins ont diminué de volume, sans que cette diminution de volume, à s'en rapporter à son récit, ait été précédée de phénomènes rappelant la montée du lait.

Depuis cette époque jusqu'à son entrée dans le service, la malade a toujours pu vaquer à ses occupations, n'éprouvant aucune douleur, aucun malaise, tout au plus, de temps en temps, quelques vagues douleurs de reins. A noter même la disparition des varices qui s'étaient montrées dans les premiers temps de cette gestation.

En examinant la femme, le lendemain de son entrée dans le service, M. Puech constata que le ventre était peu volumineux, qu'il renfermait une tumeur dont le fond, déjeté à droite, dépassait l'ombilic de trois travers de doigt et qui lui parut être un utérus renfermant un fœtus transversalement dirigé. Le col était long, ramolli, moins cependant qu'on aurait dû le trouver à cette époque de la grossesse et chez une multipare ; l'orifice externe entr'ouvert, portant une encoche sur la commissure droite, laissait un peu pénétrer l'extrémité de l'index. A l'auscultation, pas le moindre bruit du cœur fœtal. La paroi utérine paraissait flasque ; la femme accusait une sensation de déplacement de l'utérus vers le côté sur lequel elle se couchait. Depuis le 4 janvier, il s'écoule un peu de sang par les voies génitales ; cet écoulement persiste pendant une dizaine de jours.

En présence des renseignements fournis par la malade et de ses diverses constatations, M. Puech porta le diagnostic « d'enfant

mort retenu dans la cavité utérine » et pensa que le travail se déclarerait dans quelques jours à l'époque du terme. Ce diagnostic fut d'ailleurs, peu après, confirmé et accepté par le professeur Grynfeldt et par le D^r Guinier, qui remplaçait dans les fonctions de chef de clinique M. Puech, absent pendant un mois.

Le 22 février, la femme, dont l'état général est excellent, commence à perdre en rouge assez abondamment : on dirait une véritable hémorrhagie menstruelle ; le 25, la perte commence à diminuer, et le 28 elle a complètement disparu.

C'est alors que M. Puech, examinant à nouveau et avec plus de soin la malade, crut pouvoir conclure à l'existence d'une grossesse ectopique.

Par le palper abdominal on arrivait à limiter nettement deux tumeurs ; l'une, la plus volumineuse, constituée par le fœtus, siégeait à droite, elle était au reste facilement déplaçable. On pouvait la refouler jusque sur le rebord des fausses côtes. Le fœtus paraissait flotter librement au milieu des anses intestinales. Au-dessus du pubis la main sentait, le dépassant de deux travers de doigt, une seconde tumeur lisse, de forme arrondie, et absolument indépendante de la première ; en combinant le toucher au palper, cette tumeur semblait se continuer absolument avec le col ; on sentait seulement par le doigt introduit dans le cul-de-sac antérieur une sorte de sinus ouvert en avant, donnant l'impression d'un corps utérin, volumineux fortement fléchi sur le col. Ce dernier, au lieu de la mollesse notée lors du premier examen, semblait avoir repris les caractères qu'on lui connaît chez une femme non gestante. Dans la fosse iliaque droite on sentait une sorte d'empâtement vague.

Dès lors, M. Puech porta le diagnostic de grossesse extra-utérine, avec enfant mort libre dans la cavité abdominale. La tumeur hypogastrique fut considérée comme un utérus hypertrophié par le fait de cette grossesse et fortement antéfléchi. Le lendemain,

M. le professeur Grinfeltt faisait les mêmes constatations et portait le même diagnostic.

Le 7 mars, la laparotomie fut pratiquée par M. le professeur Grynfeldt.

Dès l'ouverture de la cavité abdominale, la main, introduite, tombe sur le fœtus, qui est libre au milieu des anses intestinales et est extrait facilement. Avant de sectionner le cordon, on veut aller à la recherche du placenta en s'en servant comme guide ; mais, profondément altéré, il casse aussitôt, et force est de se passer de son secours. La main, introduite du côté de la fosse iliaque droite, où l'on avait noté cette sorte d'empâtement signalé dans l'observation, fouille vainement la région.

Dans l'angle inférieur de l'incision abdominale paraît une tumeur lisse, arrondie, qui donne tout d'abord l'impression du corps de l'utérus. Mais, en introduisant la main plus en arrière et plus profondément, on attire l'utérus qui était comme coiffé par cette masse. Celle-ci est amenée assez facilement au dehors après placement de deux ou trois ligatures, et l'on constate qu'elle tient au côté gauche de l'utérus par un pédicule qui n'est autre que la trompe correspondante. Un fil est jeté sur ce pédicule, qui est sectionné et abandonné dans l'abdomen. A droite, ablation de l'ovaire, qui présente un commencement de dégénérescence kystique. Suture de l'incision abdominale, sauf dans l'angle inférieur, par lequel on introduit une mèche de gaze iodoformée, pénétrant jusque dans le Douglas. L'opération a duré une heure et quart.

Dans l'après-midi, la malade a quelques vomissements. La température est de 37°,3.

8 mars, matin. Temp. 37°,3; P. 108. La malade n'a plus eu de vomissements, le ventre est ballonné. Le facies est coloré ; elle a eu quelques douleurs abdominales. Elle a pris un peu de bouillon.

Soir. Temp. 37°,5; P. 110.

9, matin. Temp. 38°,3; P. 120. L'état général est assez bon. La langue est un peu blanche et sèche. Le facies est coloré, et elle a eu un peu de céphalalgie; malgré cela, la malade a reposé un peu.

On lui donne un verre d'eau de Janos, qu'elle prend par petites gorgées; à midi on lui administre un lavement avec une longue canule; ce lavement est suivi d'une évacuation alvine abondante.

Soir. Temp. 38°,5.

10, matin. Temp. 38°,2; P. 102. Elle se sent bien et continue à prendre du lait.

Soir. Temp. 38°,3; pouls fréquent.

11, matin. *Premier pansement.*— Le ventre est absolument plat; il n'y a pas la moindre rougeur de la plaie. La mèche de la gaze iodoformée est retirée, suivie d'un léger écoulement sanguin. Un drain remplace la gaze.

L'haleine est fétide et la langue toujours blanche. On lui prescrit des cachets de naphtol et de salol.

Soir. Temp. 38°,1.

12, matin. Temp. 37°,7. La malade se sent bien.

Soir. Temp. 37°,7.

16, matin. Température normale.

Second pansement. — La réunion de la plaie est parfaite. On enlève les fils et on supprime le drain.

23. Léger pansement. Etat général excellent.

29. On se contente, comme pansement, d'un peu de gaze iodoformée, maintenue par du collodion.

8 avril. La malade sort complètement guérie.

Depuis, M. le professeur Grynfeldt a revu la malade, qui a repris sa vie habituelle.

EXAMEN DES PIÈCES FAIT PAR M. LE PROFESSEUR KIENER.—
« Le fœtus, qui mesure dans sa plus grande longueur 34 à 35 centim., a la tête fortement fléchie sur le côté droit du thorax

et sur le bras droit. Il est maintenu dans cette position par l'amnios, qui est étroitement adhérent au revêtement cutané ; il est nécessaire de déchirer cette membrane pour dégager la tête et le bras du tronc. Les cuisses sont en flexion à angle droit et abduction forcée ; les jambes repliées, de sorte que les talons touchent la fesse. Cette position est également maintenue par l'adhérence de l'amnios à la peau. — L'amnios coiffe les quatre extrémités comme un gant bien appliqué, de sorte qu'il est nécessaire de l'arracher pour mettre en liberté les doigts et les orteils, qui sont fortement fléchis et serrés les uns contre les autres. De même les yeux, la bouche, le nez et les oreilles sont recouverts par l'amnios.

Le fœtus pèse 750 gram., le placenta 400.

Examen du placenta.— La masse placentaire a la forme d'une grosse poire. A l'un des angles de sa partie large, on voit pénétrer le cordon. Sur la partie moyenne de l'une des faces et dans le sens de la longueur s'insère le ligament large, comprenant l'ovaire, qui est normal. — On ne distingue aucun vestige de la trompe dans cette portion du ligament large. Mais à l'extrémité du petit bout de la tumeur fait suite un canal borgne du côté de la tumeur et lié par le chirurgien du côté de l'utérus. — C'est évidemment une portion de la trompe. Il est très probable que toute la masse placentaire est constituée par l'élargissement de la trompe, car, en incisant la tumeur, on voit qu'elle est enveloppée dans un dédoublement des ligaments larges, ce qu'on peut assez aisément constater en décortiquant cette membrane d'enveloppe constituée par un tissu fibro-musculaire. »

M. Kiener pense que le fœtus, développé primitivement dans la trompe, serait expulsé à travers l'ostium dans la cavité abdominale, où il aurait continué à s'accroître jusqu'à sa mort.

OBSERVATION XXII.

Grossesse ectopique. — Fœtus paraissant s'être développé dans la cavité abdominale et ayant conservé son enveloppe amniotique.

(Communiquée par Lawson Tait à la Société Obstétricale de Londres ; Amer. Journ. of Obst., décembre 1892.)

La malade, âgée de 36 ans, a eu deux enfants, dont le dernier est âgé de 3 ans ; pas d'avortement. Dernières règles mi-juillet 1890 ; depuis pas de règles jusqu'au 20 mai 1891 et pendant cette période, son ventre grossit, nausées le matin et poussées de lait en février 1891. En septembre 1890, on lui dit qu'elle a une « inflammation de l'enveloppe intestinale » et elle garde le lit pendant un mois. Elle sent pour la première fois les mouvements de l'enfant vers la Noël ; en janvier elle s'évanouit en se levant, et on est obligé de la transporter dans son lit. Elle avait alors des douleurs comme celles du travail, qui diminuèrent graduellement, et après une semaine elle quitta le lit. Tout mouvement fœtal cesse brusquement le 8 mai et depuis jusqu'en octobre elle remarque que son ventre diminue ; à l'examen je trouve l'utérus un peu gros, mais en élevant le siège je sentis une masse volumineuse, globulaire et molle. Par le palper abdominal je perçus une masse grosse et mobile, où je pus distinguer nettement les parties fœtales.

Opération. — Le 12 octobre, j'incise la paroi abdominale. Le cordon ombilical descendant vers la cavité pelvienne allait s'insérer sur la trompe, précisément là où on sentait la masse précédemment décrite. L'enfant était libre dans l'abdomen sauf sa partie supérieure, qui adhérait tout entière à l'épiploon et au péritoine pariétal antérieur. Il était renfermé dans ses membranes, mais le liquide amniotique avait disparu. Le placenta fut enlevé facilement et je constatai qu'il venait de la trompe de Fallope droite. La malade guérit sans accidents.

Lawson Tait, se basant sur l'histoire de la malade et sur l'examen des pièces enlevées, conclut que la grossesse remonte au mois de juillet. En septembre, vers la dixième semaine, la trompe se serait rompue, donnant lieu à ce que son médecin a appelé une péritonite.

Le fœtus dans l'amnios aurait été expulsé en entier à travers la rupture de la trompe de Fallope et le placenta retenu tout entier dans la trompe.

Ce cas prouve qu'un fœtus vivant de dix semaines peut résister au pouvoir digestif de la cavité péritonéale si l'amnios est intact. Il rend bien compte de ce qu'on a appelé la grossesse péritonéale, et probablement donne la vraie solution de tous les cas de cette variété.

OBSERVATION XXIII.

Un cas de grossesse extra-utérine du côté gauche. — Laparotomie quatorze jours après la mort du fœtus à terme. — Extirpation du sac fœtal aussi complète que possible. — Guérison.

(Volgt, Cent. f. Gyn., 1891, n° 6 ; Annal. de Gynécologie, 1892, février.)

X..., 37 ans, a eu trois accouchements normaux, le dernier treize années auparavant. Dernières règles le 13 octobre 1888. Depuis la mi-novembre, douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, région où, peu après, la femme sentit comme une nodosité. Douleurs par moment si fortes que la marche et la station verticale étaient impossibles ; vomissements, anorexie, diarrhées, repas au lit. Fin janvier, on diagnostiqua à l'hôpital : grossesse et tumeur ovarique. Commencement de mars, perception des mouvements fœtaux.

Jusqu'en avril, et aux dates des règles, écoulements sanguinolents peu abondants. En mai, relèvement de l'état général suffisant pour que la femme recommence à aller et venir. Au commencement de juin, nouvelle atteinte dans l'état général, aggravation des douleurs. Dans la première moitié du mois de juillet, ainsi vers le terme normal de la grossesse, expulsion d'une masse sanguine épaisse (caduque). Entrée à l'hôpital le 3 août 1889 ; depuis quatorze jours environ le médecin traitant avait constaté la mort du fœtus (cessation des mouvements fœtaux et disparition des doubles battements). Résultats fournis par l'examen au moment de l'entrée à l'hôpital : T. 37°,5. L'utérus, refoulé à droite, a le volume du poing d'un adulte et dépasse la symphyse de 2-3 doigts. A gauche, accolée à lui une tumeur volumineuse, sphérique, unie, qui en haut atteint presque l'ombilic, en bas remplit complètement la moitié gauche du petit bassin. Tête fœtale, à gauche, nettement palpable, et paraissant comme placée immédiatement sous la paroi abdominale. Diagnostic : grossesse extra-utérine du côté gauche

Laparotomie. — Le ventre ouvert, voici ce que l'on constate : le corps de l'utérus est déjeté obliquement à droite ; il dépasse la sym-

physe de 2-3 travers de doigt. Il est recouvert par le péritoine sur sa face antérieure, son fond est sur la plus grande partie de sa face postérieure. La dépression vésico-utérine, par la raison que l'utérus est soulevé hors du petit bassin, est plus aplatie qu'à l'état normal. Le sac fœtal est directement accolé au côté gauche de la matrice. Les deux ligaments larges dépliés passent de l'utérus sur le sac fœtal. Celui-ci s'élève, sous forme de tumeur rénitente, presque jusqu'à l'ombilic. A gauche il est immédiatement accolé à la paroi abdominale, à droite, il laisse entre elle et lui un petit espace. Pas d'adhérences. L'S iliaque et la portion inférieure du côlon descendant sont déviés de leur situation normale de telle manière que le côlon se dirige à droite, suivant le bord supérieur du sac fœtal et de là s'infléchit en bas, tandis que l'S iliaque se trouve dans le petit bassin à droite de la tumeur. Cette portion de l'intestin s'adosse à la tumeur que recouvrent les feuillets dépliés de son mésentère. A gauche, sur la portion inférieure de la tumeur, cheminent des branches veineuses, très gorgées de sang. A droite on découvre les annexes, qui sont normales.

A gauche, nul vestige de la trompe et de l'ovaire.

L'extirpation du sac fœtal, qui ne put être que partielle, fut très laborieuse et se compliqua d'hémorrhagies multiples. Le placenta s'insérait largement sur la surface antéro-inférieure du sac dont il paraissait former la paroi pour la plus grande part. Le fœtus mort ne présentait pas de traces de putréfaction. La portion, de beaucoup la plus petite du sac fœtal, qui n'a pu être enlevée, fut suturée à la cavité abdominale, et la cavité, du volume d'un œuf d'oie, qu'elle formait, fut bourrée de gaze iodoformée.

L'opérée, qui au cours de l'opération et dans les heures qui suivirent, avait présenté des phénomènes de collapsus, put quitter l'hôpital, considérée comme guérie, le 13 septembre. c'est-à-dire un mois et neuf jours après avoir été opérée; elle avait eu son retour de couches le 10 septembre.

OBSERVATION XXIV.

Grossesse extra-utérine. — Laparotomie huit mois après la mort du fœtus — Guérison.

(Cullingworth; Obst. Soc. of London, décembre 1888)

Femme âgée de 27 ans. Dernier accouchement en 1892. En avril 1887, elle a ses dernières règles. En juillet, elle sent remuer et continue

à grossir et à sentir les mouvements du fœtus jusqu'en décembre. A cette époque, elle éprouve, une heure durant, des douleurs d'enfantement. Puis les mouvements fœtaux ne sont plus perçus et le ventre diminue de volume. Six mois plus tard, elle entre à l'hôpital et y subit la laparotomie. Tumeur située en arrière de l'utérus ; un fœtus de 8 mois est contenu dans un sac constitué par la trompe gauche et le ligament large gauche correspondant. Le liquide amniotique et le cordon ombilical ont disparu. Le placenta inséré en avant est extrait sans hémorrhagie. Le fœtus adhère étroitement à la paroi de ce sac. On n'enlève ainsi qu'une portion de ce dernier. L'autre portion est située à la paroi abdominale. Drainage et guérison parfaite.

OBSERVATION XXV.

Grossesse extra-utérine. — Laparotomie. — Guérison (résumé)

(Thesen ; Vorsk magasin f Lægevidenskaben (Christiania). 1891, pag. 593.)

X..., 32 ans, accouchement il y a 14 ans ; dernières règles au mois de décembre 1888, mouvements du fœtus aux mois de mai et de juin. A la fin du mois d'août, contractions utérines, peu de sang et débris par le vagin ; les mouvements du fœtus cessent. Le 17 décembre 1889, la circonférence abdominale près de l'ombilic était de 93 centim. ; dans la cavité abdominale on sent une tumeur dure entre l'ombilic et le cardia, et une extrémité immobile dans le côté droit. Utérus de grandeur normale libre ; fosse de Douglas remplie. Le 2 janvier 1890, fièvre ; le 8 janvier laparotomie. Incision abdominale de 15 centim. de longueur au-dessus de l'ombilic. Après l'incision du péritoine on trouve un sac bleu, gris, dur, fluctuant ; ponction, écoulement de liquide clair. Le fœtus fut extrait, le placenta, pâle, fut énucléé du cul-de-sac de Douglas ; comme on ne pouvait pas enlever le sac entier à cause des adhérences, il fut lavé et fixé à la plaie abdominale. Le péritoine et la plaie abdominale furent suturés, un drain placé dans l'angle inférieur. Le 30 janvier, la circonférence abdominale était de 50 centim. et le sac comblé. Guérison. Poids du fœtus 2,888 gram. longueur 49 centim.

OBSERVATION XXVI.

Grossesse extra-utérine. — Laparotomie. Hémorrhagie placentaire. — Guérison.

(Martin ; Soc. Obst. de Berlin, 26 mars 1887.)

Femme de 28 ans, ayant accouché trois fois, la dernière fois dix ans auparavant.

Très bien menstruée d'ordinaire, ses règles se suppriment d'octobre en décembre 1886. Au commencement du mois de janvier, elle eut une perte abondante qui se prolongea durant quinze jours. Depuis, plus de menstrues. Ayant remarqué que son ventre augmentait considérablement de volume et sous le coup de douleurs abdominales vives elle se fit examiner.

On constata la présence, en arrière de l'utérus ramolli, d'une tumeur élastique, occupant le petit bassin, remontant jusqu'à l'ombilic. Les seins présentaient les modifications habituelles à cet âge présumé de la grossesse, et il existait des vergetures récentes.

Diagnostic. Grossesse extra-utérine.

La laparotomie fut pratiquée. La cavité abdominale ouverte, on tombe sur une tumeur kystique. Une ponction faite à l'aide de l'aspirateur Potain fournit du liquide amniotique, ce qui confirma le diagnostic. L'orifice de la ponction agrandi, l'on peut extraire sans peine un fœtus de 5 mois ainsi que le délivre.

Quelques points de suture et l'application du perchlorure de fer permirent d'arrêter aisément une hémorrhagie qui s'était produite au niveau du siège de l'insertion placentaire. La présence de nombreuses adhérences empêcha l'ablation totale de la tumeur, on plaça un drain qui à travers la tumeur aboutissait dans le vagin. Puis on sutura le kyste par en haut. Durée de l'opération 52 minutes. Guérison.

OBSERVATION XXVII.

Grossesse extra-utérine au neuvième mois. — Opération. — Guérison.

(Communiquée à la Société Obstétr. et Gynécol. de Paris, le 9 février 1893, par M. Guéniot; Arch. de Tocol. pag. 153.)

Femme de 34 ans, d'une bonne santé habituelle. Première grossesse, enfant vivant. — Deuxième grossesse, au bout de trois semaines, douleurs abdominales. — Au terme présumé de la grossesse, pertes de glaires, douleurs expulsives à plusieurs reprises; cessation des mouvements fœtaux.

Elle arrive alors à la maternité. Grossesse à terme, abdomen volumineux; absence des bruits du cœur. Au toucher, le doigt arrive sur le cul-de-sac postérieur, minceur considérable des tissus. Présentation du sommet en OIGP. Col long et fermé. Devant ces symptômes, M. Guéniot écartant l'idée d'une dilatation sacciforme du segment

inférieur de l'utérus, conclut à une grossesse extra-utérine avec mort de l'enfant, et a recours à l'élytrotomie, le 17 décembre.

Perforation du crâne, évacuation de la substance cérébrale et extraction facile de tout le fœtus, au moyen du crânioclaste ; injection phéniquée au 1/100 et tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée.

Bon état pendant les 6 premiers jours. Au bout de ce temps, Temp. 38° ; état gastrique. Le 28 décembre, tractions sur le cordon pour extraire le placenta, le cordon vint seul ; Temp. 39°. Mauvais état général ; septicémie. Nulle part on ne sent le placenta, qui paraît être tout en surface. Persistance de cet état pendant une semaine ; puis amélioration. Quelques débris membraneux se montrent à l'ouverture du kyste et sont enlevés. Amélioration progressive. Les lochies cessent d'être fétides. Trente jours après, la malade sort guérie.

OBSERVATION XXVIII.

Grossesse extra-utérine survenue deux fois chez la même femme, la seconde fois compliquée d'une obstruction intestinale.

(Carl Beck ; Gynec. Soc. of Chicago ; Amer. Journ. of Obst., avril 1893.)

Il s'agit de M^{me} E. M..., âgée de 32 ans, américaine ; parents bien portants ; aucune maladie héréditaire constitutionnelle dans sa famille. Régulièrement réglée depuis l'âge de 15 ans, elle n'a jamais été malade, mariée à 20 ans, elle a eu son premier enfant 13 mois plus tard ; les douleurs de l'enfantement durèrent trois jours ; après la délivrance elle souffrit de douleurs abdominales, mais elle n'avait pas de fièvre. Son médecin pensa à une inflammation intestinale. Le premier enfant mourut d'une atrophie générale.

Elle a eu cinq autres enfants dont les quatre premiers moururent en bas âge. Son dernier accouchement a eu lieu, il y a deux ans et demi environ. L'enfant vit encore.

En février 1891, sa menstruation était devenue régulière. Quelque temps après, elle remarqua l'absence de ses règles pendant une période de six semaines ; plus tard, elle commença à souffrir de violentes coliques. Son médecin diagnostiqua une inflammation intestinale et dit qu'il y avait une petite tumeur dans la cavité pelvienne, mais la malade ne peut pas dire de quel côté. Pendant une attaque des violentes douleurs, la tumeur se creva et son médecin dit qu'il s'agissait d'une grossesse ectopique. Lorsque cette rupture survint, elle

expulsa des caillots par le vagin, mais elle ne se rappelle pas avoir vu de membranes. Son médecin appela en consultation un chirurgien expérimenté. Le 20 mars, une opération fut pratiquée par le D^r C. A. L. Recd, de Cincinnati. La malade guérit, et quatre semaines plus tard, sa menstruation devint régulière. Les particularités de l'opération ne sont pas connues de la malade. Immédiatement après l'opération, ses fonctions intestinales étaient normales, mais graduellement elle fut prise d'une constipation qui la tracassa durant les mois de juin et de juillet 1892, pendant lesquels elle s'est habituée à n'aller du corps que deux fois par semaine.

Le 23 août, je fus appelé pour la voir. Elle habitait alors Chicago. Elle n'avait pas eu ses règles deux fois et pensa qu'elle était enceinte. Ce jour-là, elle avait du malaise et sentit vers le soir une douleur aiguë dans le ventre.

Elle crut qu'elle allait avorter. En l'examinant, je ne trouvai pas l'abdomen élargi, mais il était tendu; le vagin et le col avaient tous les signes de la grossesse.

L'utérus hypertrophié avait le volume d'une grossesse de trois mois, mou, mais un peu irrégulier; sa partie la plus grosse s'appuyait sur l'hypogastre droit.

Il n'y avait aucun écoulement, ni de contractions — au contraire, la tumeur utérine me parut très molle. Rien ne pouvait être senti des annexes. Ce qui attira mon attention plus que la grossesse, ce fut que la malade n'avait pas été du corps depuis quatre jours. Elle était très pâle, et son pouls était rapide mais plein; elle n'avait pas eu de fièvre. J'ordonnai un lavement et des sels à l'intérieur, mais ces deux médications n'ont rien fait, et lorsque le lendemain je revis la malade elle allait plus mal, elle avait vomi plusieurs fois et l'abdomen était météorisé et très sensible. Un lavement porté haut resta sans effet et tous les purgatifs, dont quelques-uns très forts, comme l'élaterine, ont échoué.

Lorsque, alors, la malade commença à vomir des matières fécales, il n'y avait plus de doute: j'avais affaire à une obstruction intestinale, qui, à cause de la laparotomie antérieure et la constipation graduellement aggravée, était due en grande partie à d'anciennes adhérences. Je proposai une opération à la malade, qui l'accepta. J'avais déclaré que je n'intervenais pas pour sa grossesse, mais qu'il était très probable qu'elle avorterait après l'opération.

Je l'ai opérée le 26 août. L'incision était faite parallèle à la première, de l'ombilic au pubis. Une large tumeur se présenta avec un aspect blennétre, enfoncée dans des adhérences de toute part. Elle me parut être l'utérus en état de grossesse, quoique les parois fussent très minces au sommet; elle fluctuait si nettement que je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'un kyste de grossesse extra-utérine. J'avancai dans la cavité pelvienne séparant toutes les adhérences, qui étaient plus facilement détachées sur le côté droit que sur le côté gauche, où les intestins et les organes génitaux étaient réunis ensemble.

On voyait sur le côté droit une trompe courte ayant environ la moitié de sa longueur normale qui s'avancait vers la large tumeur. L'ovaire était normal.

Dans la cavité pelvienne, la tumeur devenait plus solide et on y distinguait, quoique pas nettement, deux parties, de telle sorte qu'il était évident que cette tumeur était une grossesse tubo-utérine, ou, comme on l'appelle interstitielle.

J'ai fait une incision à sa paroi la plus mince, et j'en ai extrait un fœtus et des membranes d'une grossesse d'environ trois mois. Lorsque le fœtus fut enlevé, on voyait facilement que les parois du kyste hypertrophiées et musculaires se contractaient et devenaient plus épaisses; en introduisant mon doigt dans sa cavité, je pouvais nettement distinguer l'utérus de la trompe. La portion placentaire des membranes était attachée dans la partie tubaire du kyste.

L'extirpation du sac me parut, après réflexion, impossible, sans ablation totale de l'utérus, qui, considérant les adhérences étendues, serait fatale. J'ai néanmoins refermé l'incision faite au kyste par des sutures profondes et péritonéales. Mais alors il me restait à examiner la cause de l'obstruction — parce que cette éventualité découverte certes par hasard n'était pas la cause de l'iléus. J'ai trouvé une portion du jéjunum dilatée, autour de laquelle deux adhérences, comme de fortes bandes, resserraient tellement l'intestin que même les gaz ne pouvaient pas passer. En les déchirant, j'ai rétabli le calibre normal de l'intestin. J'introduisis une mèche de gaze stérilisée à travers l'angle inférieur de l'incision abdominale pour drainer et j'ai refermé l'abdomen; en suturant la plaie abdominale j'ai trouvé plusieurs fils de sutures de la précédente opération, situés dans l'incision, dont j'ai repoussé les bouts qui apparaissaient dans la plaie. Il se peut qu'un de ces fils laissés devint la cause de la petite fistule qui se trouve au milieu de la cicatrice, qui autrement est très solide.

(Au bout de quelques jours la malade m'informa qu'elle sentait remuer quelque chose dans la fistule, et en cherchant j'ai trouvé un ancien fil de suture ; depuis la fistule disparut.)

La malade guérit sans accidents. Deux jours après l'opération, ses fonctions intestinales étaient rétablies. Quatorze jours après elle quitta l'hôpital et à présent elle est parfaitement guérie.

Ses règles viennent régulièrement chaque quatre semaines. Elle n'a pas de troubles intestinaux et porte une ceinture abdominale. La cicatrice est d'une solidité parfaite.

Un point à noter dans cette observation est qu'un mois après l'opération je soignais le mari atteint d'une gonorrhée contractée avant son mariage.

A la même époque, une lettre du D^r Reed m'expliquait quelques points obscurs du cas. Il écrivait :

Cincinnati, 25 septembre 1892.

Cher Docteur BECK,

Avez-vous récemment fait la laparotomie pour grossesse ectopique à la malade que j'ai précédemment opérée pour le même trouble ?

Charles, A.-L. REED.

C'était donc un cas de grossesse ectopique récidivée, compliquée la seconde fois d'une obstruction intestinale.

La littérature est très pauvre en pareils faits. Je n'en ai trouvé que deux cas semblables certains. « Certains » signifie ici que la constatation a été faite après l'opération ou après la mort.

OBSERVATION XXIX.

Fibro-myome et grossesse tubaire.

(Pichevin et Petit ; Bull. Anat., mars 1890.)

M^{me} X..., artiste, âgée de 30 ans, a perdu son père d'une maladie de cœur, un frère de tuberculose et cinq autres en bas âge ; a été menstruée à partir de 14 ans, et d'une façon très régulière jusqu'au mariage, qui a eu lieu à 20 ans. Il y a huit ans, elle est accouchée facilement d'un gros enfant qui est mort, vingt-huit jours après sa naissance, de convulsions. Retour des couches à six semaines, se lève au bout de treize jours. Un an après, aurait été retenue au lit, pendant un mois, par une maladie qualifiée de péritonite et qui aurait consisté, à la

suite d'un léger retard des règles, en de grandes douleurs de ventre durant deux jours, suivies d'une perte, sans vomissement ni fièvre. Depuis, nouveaux retards des règles, à deux reprises, il y a deux ans et demi et dix-huit mois. Vers cette dernière époque, aurait eu des crachements de sang, et on lui aurait donné à entendre qu'elle avait les poumons très compromis.

Le 2 mars 1890, la malade a eu ses règles, comme à l'ordinaire, un peu moins abondantes peut-être. Le 1^{er} avril et dans les jours qui suivent, elle éprouve quelques douleurs vagues dans le bas-ventre; un médecin, consulté, la déclare enceinte de quatre mois. Le 27 avril (à la suite d'un retard de vingt-cinq jours par conséquent), les règles reparaissent et durent huit jours.

Dans la nuit du 3 au 4 mai, alors qu'elles duraient encore, la malade éprouve durant une demi-heure de vives douleurs dans le bas-ventre et les reins; « elle sent quelque chose se décrocher dans son ventre ». Le 4, à onze heures, ces douleurs reparaissent à peu près dans les mêmes conditions, mais avec une intensité plus grande. Ces douleurs, extrêmement vives, ne sont pas accompagnées de refroidissement, de pâleur, de petitesse du pouls, de tendance à la syncope.

La malade est examinée à ce moment par le D^r Pichevin à la clinique du D^r Doleris. Femme ayant l'apparence d'une bonne santé. Glandes mammaires grosses et dures. Pas de pigmentations de l'aréole ni de l'abdomen. Col entr'ouvert, mais de consistance ferme en tout point. Vagin œdémateux. Grosse tumeur, partant du bassin pour remonter tout près de l'ombilic; cette tumeur, de consistance ferme, arrondie, développée davantage vers la droite, fait corps avec l'utérus; elle est mobile en tous sens. Diagnostic: fibro-myome utérin, grossesse récente et avortement probable.

La malade se remet complètement de la crise qu'elle a traversée. Dès le soir, l'appétit est excellent. Aucune sensibilité dans le bas-ventre. M^{me} X... se trouve bien. Jamais le fibrome n'a donné lieu à aucun trouble de compression. La malade ne peut pas croire qu'elle a eu une tumeur dans le ventre.

Opération, le 9 mai, par le D^r Doleris; section de la paroi abdominale à mi-chemin de l'ombilic et du pubis, sur une longueur de 10 centim. environ. A l'ouverture du péritoine, écoulement d'une assez grande quantité de sang noir et sirupeux. On amène assez facilement au dehors une tumeur ayant l'apparence d'un fibromyome, un peu plus grosse que les deux poings réunis et faisant

corps avec l'utérus. Après le passage de deux broches et ligature élastique, la tumeur est réséquée au voisinage de l'isthme utérin. Le pédicule est ensuite raccourci par tranches successives, et, dans la mesure du possible, jusqu'au voisinage des broches, puis on le cautérise au thermocautère, et l'on rapproche ses bords à l'aide de points séparés à la soie, de façon à augmenter sa résistance. Fixation du péritoine pariétal tout autour du pédicule à l'aide de points au catgut. Suture au crin de Florence.

Examen de la pièce. — Elle pèse 910 gram. et comprend le corps de l'utérus, un fibro-myome inclus dans sa paroi latérale gauche et les annexes. Le fibro-myome constitue la plus grande masse de la tumeur, il est de forme arrondie; le tissu fibreux y semble prédominant. Les annexes du côté gauche sont absolument saines. Il en est de même de l'ovaire droit et de la moitié juxta-utérine de la trompe de ce côté; mais l'ampoule de cette même trompe est considérablement dilatée et présente l'aspect d'un boudin noirâtre un peu plus gros et à peu près aussi long que le pouce, légèrement vallonné à la surface, comme si la couche circulaire du muscle tubaire avait inégalement cédé sous un effort excentrique. Elle est rupturée juste à sa jonction avec le pavillon, de telle sorte que les franges de ce dernier ne sont pas reconnaissables, mais le ligament tubo-ovarique est intact. En continuant la section de la trompe à partir de la rupture, on tombe sur une petite masse, montée sur ses parois, et présentant l'aspect d'un caillot; mais caillot et parois sont réunis par des tractus déliés qui, examinés dans un filet d'eau, ont tout l'air de villosités choriales. Du reste, en ouvrant le caillot on tombe sur une poche amniotique, des plus nettes, remplie d'un liquide clair.

En aucun point de la surface de la pièce, soit autour de la tumeur, soit autour des annexes, on ne trouve de vestiges d'adhérences.

OBSERVATION XXX.

Grossesse tubaire. — Rupture dans le ligament large. — Laparotomie — Guérison.
(Zajaitzky; Cent. fur gynækol., n° 40, 7 octobre 1885.)

N. A..., 32 ans, entrée à l'hôpital le 12 novembre 1887, se plaignant de ressentir de vives douleurs dans le côté droit du ventre et d'avoir de la fièvre depuis trois semaines. Aucune grossesse antérieure. En mai, les règles apparurent insignifiantes et durèrent

deux jours. En même temps, les seins grossirent et des vomissements survinrent. En juin, hémorrhagie abondante, qui dura six jours; à partir de ce moment, douleurs dans le côté droit de l'abdomen et apparition d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Depuis, les douleurs ont persisté et la tumeur a augmenté progressivement dans les trois dernières semaines. Frissons, fièvre, sueurs, perte de l'appétit, amaigrissement.

On constate l'existence d'une tumeur qui occupe toute la fosse iliaque droite, s'étend un peu à gauche et remonte à l'ombilic. Elle est douloureuse au palper et fluctuante. Au toucher, on trouve l'utérus repoussé à gauche et, dans le cul-de-sac antérieur du vagin, une tumeur semblable à une tête de fœtus.

Diagnostic : Grossesse extra-utérine avec mort du fœtus et suppuration du sac. Opération urgente.

La parotomie; on trouve la tumeur occupant l'épaisseur du ligament large. Ponction du sac, d'où s'échappe un verre de pus brunâtre; les parois sont attirées au dehors pour éviter l'écoulement du pus dans le péritoine. L'ouverture est alors agrandie, et on extrait un fœtus macéré qui a 25 centim. de long et pèse 300 gram. Le sac est extrait en totalité avec le placenta. La trompe droite enlevée présente une ouverture à sa partie inférieure; il y a donc eu très vraisemblablement grossesse tubaire, puis rupture de la trompe dans le ligament large, où le kyste s'est enclavé.

Les suites de l'opération ont été normales. La malade était guérie au bout de trois semaines.

OBSERVATION XXXI.

Grossesse tubaire de cinq semaines et abcès dans le ligament large du même côté. — Laparotomie — Guérison.

(Observation communiquée à l'Association Américaine d'Obst. et de Gynéc, septembre 1890; Ruffus Hall; Amer Journ. of Obst., décembre 1892)

M^{me} C..., âgée de 32 ans, malade du D^r Lash; dernier enfant âgé de 7 ans. Elle se plaignait de douleurs qu'elle avait depuis trois à quatre mois et qui augmentèrent pendant les sept dernières semaines. Ces douleurs siégeaient dans la région ovarienne. Localement on lui appliqua le traitement qui est admis comme le meilleur et le plus rationnel dans la salpingite chronique. Dans la dernière quinzaine

du mois de mai 1892, ses souffrances devinrent plus fortes qu'auparavant, localisées dans la région ovarienne gauche. Elle s'est soumise à mon examen le 10 juin ; j'ai trouvé à la partie gauche de l'utérus une masse du volume d'une grosse orange ; l'ovaire droit était immobilisé par des adhérences. Considérant son histoire et les signes trouvés à l'examen physique, je n'ai pas hésité à conseiller une opération qui a été faite le 25 juin dans le Presbytarian Hospital.

Avant l'opération je ne m'attendais pas à y trouver du pus et une grossesse extra-utérine de cinq semaines, avec un sac non rompu ; toutes ces parties ont été enlevées. L'ovaire et la trompe opposés étaient attachés en bas par des adhérences ; ils ont été aussi enlevés. La malade guérit et rentra chez elle à la fin de la quatrième semaine.

CONCLUSIONS.

I. Les causes les plus fréquentes de la grossesse extra-utérine sont les salpingites et les inflammations pelviennes.

II. En plus des grossesses extra-utérines, dans lesquelles on trouve le fœtus, on doit considérer comme telles les hématosalpinx, dans lesquels on trouve les restes d'un chorion et de villosités.

III. Aucun signe n'est pathognomonique, quelle que soit sa netteté ; il faut toujours rechercher un ensemble des symptômes.

IV. Le diagnostic précoce, très difficile, est cependant possible. Difficile aussi pendant la période de rétention, il devient relativement facile dans la période intermédiaire.

V. Si la grossesse n'est pas diagnostiquée, le danger est grand pour la mère et pour l'enfant. Si le diagnostic est posé, ce danger varie suivant la période de la maladie.

VI. La laparotomie est l'opération qui répond à toutes les indications ; il faut donc la pratiquer dès que le diagnostic est posé. Lorsque cependant on peut sauver l'enfant, on doit retarder l'intervention. Quant à l'élytrotomie, elle a des indications spéciales, qui s'imposent rarement.

INDEX ALPHABÉTIQUE ET CHRONOLOGIQUE

A

- ALBUCASIS. — In meth. medic. de Hier-Germusaeus, 1541.
ASTRUC. — Traité des maladies des femmes, 1761.
ALQUIÉ. — Clinique chirurgicale.
ARAN. — Grossesse extra-utérine simulant un kyste du petit bassin,
Union médicale, 1853.
AUMONT. — Thèse de Paris, 1875.
AVELING (James). — Brit. med. Journ. 10 mars, 1888.
AUDRY. — Archives de tocologie, 1890, pag. 542.
AUVARD. — Traité d'accouchement, 1890.
AUGER. — Gazette médicale de Montréal, 1891, pag. 162.
AYERS. — The decidua in the diagnosis of extra-uterine pregnancy.
Journ. of obst. ; septembre 1892.

B

- BOIS (DU), Joanne, Baptiste. — Thèse de Paris, 1727.
BAUDELLOCQUE. — L'art des accouchements, 1776.
BRY. — Thèse de Paris, 1808.
BONNIE. — Thèse de Paris, 1821.
BECQUEREL. — Traité clinique des maladies de l'utérus, 1859.
BERNUTZ et GOUPIE. — Clinique médicale sur les maladies des femmes,
1860.
BOLARD. — Th. de Strasbourg, 1866.
BRUZZI. — Annale di ostetricia 1885.
BYFORD (Henri). — Amer Journ. of obstetr., 1886.
BONAFINI. — Rivista venetia di Sc. med., 1886.
BEALIN (Fanny). — Amer Journ. obst. Nov. 1892, pag. 495.
BOULLY. — Bull. et mémoires de la Soc. de chir., Paris, 1882 pag. 762.
BARTH. — Gaz. méd. de Paris, 1890; pag. 281 et 293.
BRODIER. — Bull. Soc. anat. de Paris, 1890.
BULA-LAFONT. — Thèse de Bordeaux 1891.
BOISLEUX. — Soc. obst. de Paris, Sem. méd., avril 1892.
BERRY HART. — Amer. Journ. of obst., juin 1892.
BANGA. — Amer. Journ. of obst., jan vier 1893.
BECK (Carl.). — Amer. Journ. of obst., avril 1893.

C

- GUILLEMOT. — Arch. génér. de méd., 1832, pag. 208.
 CHALLY. — Traité pratique de l'art des accouchements, 1827.
 CAMPBELL. — Mémoire sur la grossesse extra-utérine, 1842.
 CARRAUX. — Traité d'accouchement.
 Congrès de Londres 1881.
 CHAYE. — Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris 1882.
 COOKE. — Grossesse intra et extra-utérine simultanée parvenue à terme. Trans. of. obst. Soc. London, 1884.
 Congrès de Copenhague 1884.
 CHAVANET et NODD. — Annale di ostetricia ginecologia e pediatria. 1885, pag. 23.
 COURT. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1887.
 CORNÉ. — Leçons sur l'Anatomie pathologique, 1889.
 CULLING-WORTH. — Obst. Soc. of London, 1889.
 CHANDREUX. — Lyon médical, 1890, pag. 37.
 CHENON. — Boston med. and surg. Journ., 1889, pag. 114.
 Congrès de Bruxelles, 1892.

D

- DIEMERBROOK. — Anatomia corporis hominis, 1691.
 DIONIS. — Traité général d'accouchement, 1721, pag. 91.
 DUVERNAY. — Œuvres anatomiques, 1761, pag. 349.
 DAYNAU. — Grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1825.
 DORVEMONT. — Thèse de Paris, 1826.
 DUBOIS. — Journal des conaiss. médico-chirurg., 1887.
 DE SMET. — Des grossesses extra-utérines. Bruxelles, 1864.
 DOYRE. — Thèse de Montpellier, 1859.
 DESCARVES. — Thèse de Paris, 1873.
 DUBOIS. — Des grossesses extra-utérines et en particulier de la grossesse tubaire (Annales de gynéc., 1874).
 DUBOIS. — De la grossesse extra-utérine péritonéale, Archives de Tocologie, 1874-1875.
 DUNCAN. — Edinburgh. med. Journ., 1881.
 DUCHAMPS. — Lyon médical, 1887.
 DEMANGE. — Revue méd. de l'Est, 1889, pag. 16.
 DUBOIS. — Bull. et mem. de la Soc. obst. et gynéc. de Paris, séance du 12 juin 1890.
 DUBOIS. — Soc. belge d'obst. et de gynéc. Séance du 19 janvier, 1890.
 DUBOIS. — Nouvelles archives d'obst. et de gynéc., 1891, pag. 391.
 DÉLAISSEMENT. — Arch. de gynéc. et d'obst., mai 1892.
 DE OUL. — Voy. OUL.

E.

- EMMET. — The principles and practice of gynaecology, 1885.
ECON V. BRAUN. — Fernwald. arch. f. gynækol., 1891, tom. I.
ENSTROM. — Zeitsch. f. geburtsch. u. gynæk., 1892.
ENNELMAN. — Arch. Journ. of obst., mai 1893.

F.

- FRIEDRICH. — Sur un cas probable de grossesse extra-utérine avec terminaison favorable par une nouvelle méthode de traitement; arch. de Virchow, 1864.
FANTINO. — Quattro casi di gravidanza extra-uterina operata, etc. Rivista di ostetricia et ginecologia. Torino, 1887.
FESGER. — Amer. Journ. of obst., 1891.

G.

- GIRARD. — Thèse de Montpellier, 1862.
GILCHRIST. — Traitement de la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1890.
GILIS. — Précis d'embryologie, 1891.
GALARIN. — Britisch. med. Journ., octobre, 1892.
GIBBOW. — Du traitement de la grossesse extra-utérine avant la rupture, 30 mai 1892.
GUTZWILLER. — Arch. fur gynækol., 1893, pag. 223.
GRACIN. — Operation experience With ectopique gestation. Amer. Journ. of obst., janvier 1893.
GUÉNIOT. — Archives de tocologie, 1893, pag. 153.

H.

- HELD. — De gravidate tubaria. Lips., 1854.
HECKER. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Monatsschr. Geburtsh., 1859.
HART et BARBOUR. — Gynecology.
HUTTNE (Ignaz). — Gravidatas tubaria simplex. Inaugural dissertation. München 1881.
HART D. BERRY. — Edinburgh med. Journal, octobre 1887.
HOLSTEIN. — Deutsch. med. Wochens., 1888, n° 39, pag. 795.
HERMAN. — Delivery by vagina in extra-uterine gestation. Transaction obstetricale Society. Londres, 1887. Britisch med. Journ., sept. 1890.
HAMILTON. — New-York med. Journal, 8 février 1890.
HALL (Rufus). — Amer. Journal of obst., 1892, décembre.

J.

- JAQUEMIER. — Manuel d'accouchement, 1840.
JEANNEL. — Revue médicale de Toulouse, 1^{er} mars, 1887.

- JACOBS (fils). — Quelques cas de grossesse extra-utérine. Journ. de méd. chir. et pharmacie. Bruxelles, 1888.
- JOUON. — Contribution à l'étude de grossesse tubaire; thèse de Paris, 1892.
- JONES. — Développement of the placenta in tubal gestation, Amer. Journ. of bst., 1893, pag. 365.

K

- KELLER. — Des grossesses extra-utérines; thèse de Paris, 1872.
- KIRMISSON. — Société de gynécologie, 10 mai 1888 Bull. et mém. de la Société d'obst. et de gynéc. de Paris, 1890.
- KUMMELL. — Zehn laparotomien wegen Erkrankungen der Tuben. Deutsch med. Woch. 1890
- KELLER. — Zur diagnose der Tuben graviditat. Zeits. chir. für Geb. und Gyn. 1891.
- KATSARES. — Grossesse extra-utérine. Galinos, Athènes, 1891, pag. 721

L

- LEVRET. — Observation sur les accouchements laborieux, part. II, pag. 427, 4^e édition.
- LESOUËF. — Remarques sur trois cas de grossesse extra-utérine; thèse de Paris, 1862.
- LAWSON TAIT. — Maladies des ovaires. 1883. Britisch. med. Journ., 1889. Lancet, septembre, 1888. Provincial med. Journal, 1889. Britisch. med. Journal, 10 mars 1890. Traité clinique des maladies des femmes, Trad. Alb. Bétaise, 1891. Britisch. med. Journal, 18 juin 1892. Amer. Journ. of obst., 1892.
- LUSK. — Nouv. arch. d'obst. et de gynécolog., 1888, pag. 503.
- LUGEOL. — Nouv. arch. d'obst. et de gynécolog., janvier 1890.
- LE DENTU. — Hématocèle rétro-utérine et grossesse extra-utérine. Gazette des Hôpitaux, 14 avril 1891.

M

- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses, etc., 1675.
- MARC. — Dictionnaire des Sciences médicales, 1815.
- MOREAU. — Des grossesses extra-utérines. Thèse de Paris, 1854.
- MATEI. — Des divers modes de terminaisons des grossesses extra-utérines et de leur traitement. Gaz. des Hôpitaux, 1860, Paris.
- MARINUS. — Journ. méd. de Bruxelles, mai-juillet 1866.
- MARTINETTI. — Annale di ostetr., di ginecologia et de pediatria, 1885, pag. 170.
- MAYGRIER. — Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- MANGIALI. — Quattro case, etc. Bull. d. r. Academia med. di Roma, 1888-89, pag. 359.
- MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes, Paris, 1890.

- MARTIN. — Centr. für gyn., 1889, n° 40, pag. 771.
MOURATTOFF. — De la grossesse ovarienne. Ann. de gynécologie, 1890, pag. 81.
MALTAKOWSKI. — Arch. für gynæk. Bd XXXVIII. Hft 3.
MARTIN-DUR. — Bull. Soc. anat., 1891, pag. 397.
MARCHAND. — Gazette des Hôpitaux, 17 mai 1892.

N

- NICOLINI. — Gazetta medica Lombardia, 1882.
NEGRI. — Annali di ostetricia, ginecologia, etc., 1885, pag. 127.
NAUGHT. — Brit. med. Journal, janvier 1888, pag. 129.
NAMMACH. — Amer. Journ. of obst., 1893, pag. 605.

O

- OLSHAUSEN. — Revue d'obstétrique et de gynécol, Paris, 1890, pag. 141.
Berlin, Klin. Wochens., 24 février 1890. Gazette des Sciences médicales de Bordeaux, 1890, pag. 141.
OTT (de). — Des indications à l'intervention opératoire dans les troubles observés pendant la phase régressive de la grossesse extra-utérine. Gazette médicale de Paris, 1892.

P

- PARRY. — Extra-uterin pregnancy. Philadelphie, 1835; London, 1836.
PAULY. — Gravidate extra-uterina, Ber., 1838.
PUECH. — Grossesse ovarique — Annales de gynécol., 1873.
PHÉNOMÉNOW. — De la gastrotomie dans la grossesse extra-utérine. Paris, 1883.
PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale, 1888, pag. 878.
PLAYFAR. — Brit. med. Journ., 1888, pag. 1340.
PINARD. — Article grossesse extra-utérine dans le Dictionnaire encyclopédique. — Annales de gynécologie, 1892, pag. 1.
POZZI. — Traité de gynécologie, 1892. Semaine médicale, 1890, pag. 245.
PERTALOZZA. — Riforma medica, 1891, n° 141.
POLAILLON. — Bull. Acad. de Méd., 19 avril 1890, pag. 442.
PILLIET. — Bull. de la Soc. anatom., 1888 à 1892.
PICINI. — Esiti et trattamento de la gravidanza tubaria. Gazette med. di Roma, 1890, pag. 353.
PINGUIEZ. — Gazette médicale de la Picardie. Amiens, 1891, pag. 133.
PORAK. — Bull. et mém. de la Soc. obst. et gynéc. de Paris, 1891 pag. 61.

R.

- RIOLAN. — Opera anatomica, 1649, pag. 180
ROGERS. — Extra-utérine foetation and gestation. Philad., 1867.
ROUX. — Des grossesses extra-utérines. Diagnostic. Thèse de Paris, 1874.

- ROMITI. — De la grossesse extra-utérine. Thèse de concours. Florence, 1875.
- REGNAULT. — Contribution à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1891.
- REED. — Amer. Journ. of obst., 1891, pag. 172.
- ROSS. — Its varieties, symptoms and treatment, etc. — Amer. Journ. of obst. Janvier 1893.
- REED (Charles). — Amer. Journ. of obst. Mai 1873.

S.

- SIMON. — Thèse de Strasbourg, 1853.
- SCHUHL. — Des grossesses extra-utérines dans leur rapport avec les grossesses subséquentes. Thèse de Nancy, 1883.
- SPEAVENSON. — Brist. med. Journ., 3 décembre 1886, pag. 1094.
- STRAHAN. — Diagnosis and treatment of extra-uterine pregnancy, 1889.
- SUTTON-BLAND. — Roy med. and chir Society. Novembre 1889.
- SANGER. — Cent. f. gynök, n° 29, 1890.
- SMOLSKY. — Journ. d'obst. et de gynéc. 1890, pag. 225. Nouv. arch. d'obst. et de gynéc. 1890, pag. 647.
- SZUMAN. — Nowing le karskie, septembre et décembre 1890.
- SEBILEAU. — Gazette médicale de Paris, 1891, pag. 109.
- SCHNEIDER. — Fälle von extra-uterine gravidität. Deutsch med. Wochens. 15 septembre 1892.
- SIPPEL. — Deutsch med. Wochens.

T.

- TRIADOU. — Des grossesses extra-utérines, thèse d'agrégation. Montpellier, 1866.
- THOMAS-GAILLARD. — New-York med. Journ. June, 1885.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, 1886.
- TRUSSI. — Gravidanza extra-uterina, etc., Milano, 1889.
- TRUZZI. — Gazzetta medica di Lombardia 1889, pag. 370.
- TAIT. — Voyez Lawson Tait.
- TUFFIER et RODRIGUEZ. — Bull. de la Société anat., 20 octobre 1891.
- THESEN. — Norsk. mag. Christiania, 1891.
- TERRILLON. — Archives de tocologie, 1891.
- TAYLOR. — On the diagnosis of extra-uterine pregnancy; Lancet, 17 septembre 1892.

V.

- VON GZISAK. — De gravidate extra-uterine, comment, Héréd., 1824.
- VELPEAU. — Traité d'accouchements, 1835; tom. I, pag. 213; art. Dictionnaire de Méd. et de Chir.

- VAN CAUVENBERGHE. — Des grossesses extra-utérines. Bruxelles, 1867.
VACARELLI. — Annali di ostetricia, 1890.
VEIT. — Berliner Klin. Wochens., 1890. Centr. fur gynæc. et congrès internat. de Berlin, août 1890.

W.

- WILLIGT. — De la grossesse ovarienne, Journ. de Halla, 1859.
WYLIE (GILL). — New-York obst. Soc., avril 1889.
WATHEN. — De l'assimilation des hématomes pelviens à la grossesse ectopique. — Amer. Journ. of obst., 1889. — N. J. med. Journ., 1890.
WYDER. — Arch. f. gynäkol, XII, 1891.
WINTER. — Extra-uterine pregnancy; Amer. Journ. of obst., mars 1892.
WATKINS. — Amer. Journ. of obst., avril 1893.

Z.

- ZMIGRODZKI. — Étude de la grossesse extra-utérine, symptômes, étiologie et traitement. Saint-Petersbourg, 1886. Soc. chir. russe de Pirogoff, 1885 (en russe). Wjetrix soudbenoï meditzine, vol. I, 1888 (en russe).
ZWEIFEL. — Arch. fur gynäk, 1891, tom. III.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 Mai 1893.
Le Recteur,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 Mai 1893.
Le Doyen,
A. MAIRET.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
